



**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e  
Obstetrícia**  
Relatório de Estágio

**Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo  
Afetivo no Pós-Parto**

**Marta Alexandra dos Santos Margalhos**

**Lisboa  
2018**





# **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

## **Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto**

**Marta Alexandra dos Santos Margalhos**

Orientador: Maria Anabela Ferreira dos Santos

**Lisboa  
2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **AGRADECIMENTOS**

A minha gratidão e apreciação bem sincera, respeito e agradecimentos à Sra. Prof. Maria Anabela Ferreira dos Santos, a docente orientadora quer deste relatório quer do ECR, que me indicou o caminho e encorajou a percorrê-lo.

A minha especial gratidão vai para os meus filhos Júlia e Lucas e companheiro Fernando, pelo vosso amor incondicional e agradecer a vossa compreensão pelos vários períodos de ausência.

Aos meus pais João e Graça pelo apoio incondicional, sem vocês não era possível alcançar este objetivo de vida.

À minha irmã Maria João, cunhado Pedro e sobrinho João Pedro pelo vosso apoio e incentivo.

Aos meus sogros Manuel e Paula, um muito obrigada pelo apoio.

À EESMO Carla Duarte, que me ensinou a nunca desistir de ser melhor.

A todos os que de uma forma ou de outra contribuíram para a consecução deste trabalho, o meu:

Muito Obrigada!

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

**AAP** - American Academy of Pediatrics

**ABCF** – Auscultação dos batimentos cardíacos fetais

**APEO** - Associação Portuguesa dos Enfermeiros

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CMESMO** – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**CPP** - Contacto Pele-a-Pele

**CTG** - Cardiotocografia

**EEESMO** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**ESEL** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**FCAS** – Father-Child Attachment Scale

**ICM** – International Confederation Of Midwives

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**RCEEEESMO** - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**RPQCEESMOG** - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**SBP** – Serviço de Bloco de Partos

**SNS** – Sistema Nacional de Saúde

**UNICEF** - United Nations International Children's Emergency Fund

## RESUMO

Este documento descreve o trajeto de aprendizagem realizado num Serviço de Bloco de Partos de um Centro Hospitalar de Portugal.

Para implementação do projeto realizou-se uma *Revisão Scoping* e uma análise descritiva e reflexiva das atividades previamente estruturadas no projeto de estágio com relatório. Teve como objetivo identificar e implementar o contacto pele-a-pele paterno no pós-parto e promover o envolvimento dos pais no processo de nascimento promovendo e reforçando a formação do vínculo afetivo paterno.

A pesquisa bibliográfica foi realizada na plataforma *EBSCO Host (CINAHL Plus With Full Text e MEDLINE With Full Text, Academic e MedicLatina)*, tendo sido selecionados seis artigos que respondiam à seguinte questão norteadora: “Qual a importância no contacto pele a pele na promoção da vinculação paterna no pós-parto?”.

Os resultados obtidos através da análise de narrativas reflexivas e estudos exploratórios da temática permitiram concluir que a realização do contacto pele-a-pele pelos pais promove o vínculo afetivo e, por consequência, os pais assumem uma atitude ativa na prestação de cuidados ao recém-nascido.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) tem um papel privilegiado no envolvimento dos pais no processo de nascimento na sala de partos e no pós-parto, atuando como um suporte dinamizador na adaptação à paternidade.

Neste sentido foram atingidas as competências específicas exigidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (RCEEESMO) que visa a autonomia no meu exercício profissional com intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco e todas aquelas que estão entendidas nos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher/casal e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco envolvidas nos processos patológicos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher/casal.

Foram igualmente atingidas as competências de 2º ciclo com realização de um trabalho final com a finalidade de desenvolver as capacidades de conhecimento e compreensão, aplicação de conhecimentos e compreensão dos mesmos, investigação, realização de tomada de decisão e julgamento, comunicação e autoaprendizagem.

**Palavras-chave:** Contacto pele-a-pele, Pai, Pós-Parto, Vínculo Afetivo e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

## ABSTRACT

This document describes the learning pathway performed in a Delivery Room Service of a Hospital Center of Portugal.

To implement the project, a *Scoping Review* and a descriptive and reflective analysis of the activities previously structured in the project with a report were carried out. The objective was to identify and implement paternal skin-to-skin contact in the postpartum period and to promote the involvement of parents in the birth process promoting and reinforcing the formation of the paternal affective bond.

The bibliographic research was carried out on the *EBSCO Host* platform (*CINAHL Plus with Full Text and MEDLINE with Full Text, Academic and MedicLatina*), and six articles were selected which answered the following guiding question: "What is the importance of skin-to-skin contact in promoting paternal attachment in the postpartum period?"

The results obtained through the analysis of reflexive narratives and exploratory studies of the subject allowed us to conclude that the accomplishment of skin-to-skin contact by the parents promotes the affective bond and, consequently, the parents assume an active attitude in the care of the new-born.

The Nursing Specialist in Maternal and Obstetrical Health Nursing (EEESMO) has a privileged role in the involvement of parents in the process of birth in the delivery room and postpartum, acting as a dynamic support in adapting to parenthood.

In this sense, the specific competences required by OE in the CSEESMO, which aims at autonomy in my professional practice with autonomous interventions in all low risk situations and all those understood in normal physiological processes and life processes in the reproductive cycle of women / couple and autonomous and interdependent interventions in all medium and high risk situations involved in the dysfunctional pathological processes of life in the reproductive cycle of the woman / couple.

The second cycle competences were also achieved with a final work in order to develop the capacities of knowledge and understanding, application of knowledge and understanding, research, decision-making and judgment, communication and self-learning.

**Key-words:** Skin-to-Skin Contact, Father, Postpartum, Attachment and Nurse Midwives

## INDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>21</b>
<b>1.1 Família e Parentalidade .....</b>	<b>21</b>
<b>1.2 Vínculo Afetivo .....</b>	<b>25</b>
<b>1.3 Contato Pele-a-Pele .....</b>	<b>27</b>
1.3.1 Conceito do Contato Pele-a-Pele.....	27
1.3.2 Prática do Contato Pele-a-Pele.....	29
<b>1.4 Referencial Teórico.....</b>	<b>30</b>
1.4.1 Modelo de Adaptação de Callista Roy .....	30
<b>2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>34</b>
<b>2.1 Scoping Review.....</b>	<b>34</b>
<b>2.2 Critérios de inclusão e exclusão .....</b>	<b>37</b>
<b>2.3 Estratégia de Pesquisa .....</b>	<b>37</b>
<b>2.4 Extração dos Resultados .....</b>	<b>37</b>
<b>2.5 Apresentação dos Resultados.....</b>	<b>38</b>
<b>2.6 Conclusão.....</b>	<b>46</b>
<b>3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE APRENDIZAGEM .....</b>	<b>48</b>
<b>3.1 Contextualização do estágio com relatório .....</b>	<b>48</b>
<b>3.2 Desenvolvimento das Competências de Estágio.....</b>	<b>49</b>
3.2.1. Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas que permitam informar, apoiar e capacitar o casal a tomar uma decisão Informada quanto à realização do contato pele-a-pele .....	49
3.2.2. Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao casal /recém-nascido saudável .....	51

3.2.3. Analisar e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao casal/recém-nascido saudável .....	52
<b>3.3. Análise das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.....</b>	<b>53</b>
3.3.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações promovendo o bem-estar materno-fetal .....	53
3.3.2. Cuidar a mulher e recém-nascido inserido na família e comunidade durante o trabalho de parto e parto .....	55
3.3.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.....	62
<b>3.4 Desenvolvimento das Competências do 2º Ciclo .....</b>	<b>64</b>
<b>3.5 Considerações Éticas.....</b>	<b>65</b>
 <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	 <b>66</b>
 <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	



## **ANEXOS**

### **Anexo I – JBI Appraisal Checklist**

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I –** Objetivos e Competências a Desenvolver e Quadro com síntese das competências mínimas atingidas no Estágio com Relatório

**APÊNDICE II –** Sessão de Educação para a Parentalidade

**APÊNDICE III -** Plano de Formação

**APÊNDICE IV –** Panfleto Contacto Pele-a-Pele

**APÊNDICE V -** Descrição e Avaliação da Sessão de Formação

**APÊNDICE VI –** Parto Verticalizado

**APÊNDICE VIII –** Distocia de Ombros

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

**Figura 1 -** Modelo Adaptação de Callista Roy .....32

## **ÍNDICE DE QUADROS**

**Quadro 1 -**Mnemónica PCC .....34

**Quadro 2 -** Descritores da Pesquisa.....35

**Quadro 3 -** Termos de Texto Indexado.....36

**Quadro 4 -** Resultados da Pesquisa .....40

**Quadro 5 -** Localização da Investigação dos estudos em análise .....42

**Quadro 6 –** Nacionalidades das parturientes assistidas .....51

**Quadro 7 -** Fatores influenciadores para a realização do CPP.....52

**Quadro 8 -** Dados relativos às experiências realizadas no Estágio com Relatório...62

## INTRODUÇÃO

O contacto pele-a-pele ou método canguru representa uma prática prioritária e merecedora de especial destaque na humanização do parto e deve ser estabelecido imediatamente após o parto em todos os nascimentos saudáveis segundo a Organização Mundial de Saúde e United Nations Childrens Fund (OMS & UNICEF, 2009), de forma contínua e prolongada, pois este momento propicia o estabelecimento inicial da ligação afetiva.

A fase de adaptação para a parentalidade é uma fase de grande vulnerabilidade e de instabilidade na vida dos casais. Faz parte das competências do EEESMO apoiar os casais e suas famílias durante o processo de adaptação à parentalidade, de forma a potenciar a saúde e o bem-estar de todos os elementos envolvidos na mesma (O.E., 2010).

O EEESMO tem um papel privilegiado na compreensão, incentivo, apoio e envolvimento dos pais no processo do contacto pele-a-pele (CPP) e promoção do vínculo afetivo, neste sentido, considerou-se pertinente uma exploração aprofundada conceitos relativos a esta temática.

O CPP é um tema pouco divulgado aos pais, mas a sua importância é extrema para a vinculação afetiva paterna assim como para a saúde e organização do recém-nascido. Existem poucos estudos sobre a temática do CPP paterno, no entanto os seus benefícios são universalmente aceites e inquestionáveis, portanto torna-se, importante alertar para a necessidade de promover as práticas de enfermagem para o CPP pai-bebé.

Este relatório trata de uma descrição/reflexão acerca das atividades desenvolvidas, tendo em conta os objetivos delineados e a problemática escolhida para o desenvolvimento de uma competência adicional às competências específicas do EEESMO preconizadas pela OE (2010), cujo tema escolhido foi o contacto pele-a-pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto.

No âmbito desta temática foi realizada uma *Scoping Review* em que a questão de investigação: “Qual a importância no contacto pele a pele na promoção da vinculação paterna no pós-parto?”, constituiu o ponto de partida. O objeto de estudo foi aprofundar conhecimentos sobre o conceito do contacto pele a pele

### **Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto**

pai-bebé e refletir sobre a implicação e promoção do contacto pele a pele pai-bebé no vínculo afetivo.

Este relatório será apresentado com a seguinte estrutura: o primeiro capítulo, o enquadramento teórico da problemática em estudo, no sentido de contextualizar o tema. Em seguida o segundo capítulo será abordado o referencial teórico de enfermagem que me orientou para a realização deste relatório, seguidas da apresentação das análises e reflexões às competências desenvolvidas no Estágio com Relatório. Por final serão apresentadas as considerações finais face ao trabalho realizado.

O trabalho segue a normas do Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos e referências pela Norma APA atualizado em 2018.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **1.1 Família e Parentalidade**

O termo família designa uma “variedade de formas de organização da vida em comum, as quais são distintas em função dos contextos históricos, sociais e culturais em que se inscrevem” (Dias, 2015, p.9) e importa para isso alertar para o facto que o termo família designa relações, define papeis, mas também delimita dependências e cruzamentos. Segundo Dias (2015) no recuo ao passado até 1860 não existia uma história sobre família, sendo que os livros de Moisés exaltam a forma patriarcal de família, como tendo sido a mais antiga identificada na história, refere ainda o mesmo autor que a passagem do direito materno ao direito paterno ocorreu entre os Gregos devido à emergência de novas concepções religiosas e à introdução de novas divindades representativas dessas concepções. Morgan (1996) foi um dos primeiros autores que tentou introduzir uma ordem precisa para a história de humanidade, dividindo em 3 épocas principais e corresponde 3 formas familiares distintas: na primeira forma reinava a promiscuidade sexual entre irmãos e irmãs; na segunda seguiu-se a exclusão dos irmãos das relações sexuais recíprocas e a família constitui-se de um círculo fechado de parentes consanguíneos por linhas femininas em que não se podiam casar uns com os outros; na terceira forma o homem passou a viver só com uma mulher.

Numa fase inicial desta, era aceitável a poligamia e infidelidade ocasional, que continuavam a ser um direito masculino.

Numa fase posterior, deu origem à família monogâmica que se baseia no predomínio do homem tendo como finalidade a procriação de filhos, cuja a paternidade é indiscutível e fundamentada por razões de património.

Pelo exposto, demonstra-se que o conceito de família não é estável e encontra-se em constante evolução. Dias (2015) descreve que nos finais do século XIX a família contemporânea é caracterizada por uma elevada independência face aos círculos do parentesco e por uma forte autonomia dos homens face aos mesmos. O mesmo autor refere que com a industrialização e a necessidade da entrada da mulher no mercado de trabalho, assistiu-se a uma expansão económica e à implementação de um conjunto de medidas tendentes a promover o bem-estar das famílias, incluindo as de condição operária. Nesta

altura os processos de produção industrial exigem uma dissolução dos laços de parentesco e a redução do grupo doméstico à forma nuclear, cabendo ao homem o papel ativo (instrumental) e à mulher o papel expressivo. Neste sentido Marinho (2011) refere que esta nova forma de família, em vez de se desorganizar transformou-se no subsistema especializado e com funções relevantes no meio familiar, tendo se especializado em duas funções principais: a de socialização das crianças e estabilização do adulto. Na teoria da diferenciação dos papéis sexuais defendida por Parsons (1968) o papel expressivo é desempenhado pela mulher e o instrumental cabe ao homem. Com Parsons de fundo sucede-se a consagração da família conjugal moderna. Goode em 1969 desenvolve uma visão mais complexa, uma vez que consegue enquadrar o casamento num conjunto mais vasto de padrões culturais e com diversidade das lógicas conjugais e familiares. As dificuldades da família conjugal moderna começaram verdadeiramente entre nos anos 60 e 70, sendo que na última década dos anos 70 inicia-se uma verdadeira rutura deste paradigma, na qual a mulher passa a ser vista como mulher-indivíduo e deixa de estar condicionada ao papel de mulher-natureza. Esta reivindicação foi protagonizada pelas sufragistas (feministas da altura) e trouxe com elas um aumento da taxa de divórcio, uma descida da natalidade e da nupcialidade e a introdução da mulher no mundo do trabalho. Neste sentido Dias (2015) refere que esta perspetiva mostrou, de igual modo, que o papel instrumental desempenhado por mulheres e homens era positivo na relação conjugal. Em suma, este novo paradigma dos anos 70 apresentou termos como submissão feminina e dominação masculina, que contribuíram para a força do contributo feminino, tendo primado uma evolução social global no sentido da mudança para a paridade entre os géneros, que ainda se verifica nos dias de hoje. Nos finais do século XX a "família contemporânea é caracterizada por uma elevada independência face aos círculos do parentesco e por uma forte autonomia dos homens face aos círculos de parentesco" (Marinho, 2011, p.70). A mesma autora reforça que a transformação, na lei de vários países europeus e em Portugal em 1977, da autoridade masculina na família em autoridade parental e marital partilhada no casal, é vista como um dos pilares deste processo, na medida em que consolidou a erosão da ordem de género patriarcal. Neste sentido Dias (2015) refere que a ideia de felicidade pessoal surge como

alternância à finalidade tradicional de sobrevivência, sendo que o objetivo principal da união é a solidariedade afetiva, e o funcionamento desta forma de conjugabilidade dá prioridade à ordem familiar em detrimento de interesses individuais. A OMS (1996) evidência que o conceito de família não deve ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Marinho (2011) acrescenta que a partir das últimas décadas do século XX, paralelamente a sucessivas modificações na organização económica, jurídica e simbólica das sociedades, ocorreram mudanças profundas nos comportamentos e valores parentais, conjugais e familiares, bem como nas relações sociais de género. Constata-se que o conceito de família, sofreu mudanças estruturais evidentes, resultantes de mudanças sociais, económicas e relacionais, tendo o conceito de família evoluído para “um conjunto de indivíduos que desenvolvem entre si, de forma sistemática e organizada, interações particulares, que lhe conferem individualidade grupal e autonomia” (Relvas & Lourenço, 2001, p107).

Na nossa sociedade ocidental, sobretudo a partir da revolução industrial os limites familiares alargaram-se, as responsabilidades associadas a cada progenitor equipararam-se e as funções básicas orientam-se cada vez mais no sentido de proteção dos filhos (Gimeno, 2001). O pai passou a assumir um papel cada vez mais ativo no seio familiar, sendo que os modelos familiares configuram-se praticamente em todas as culturas atuando como uma estrutura vital na transmissão da sabedoria popular.

Por fim Gimeno (2001) refere que qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família. “O nascimento do primeiro filho assinala também o nascimento da família, (...) o pai tem cada vez mais um papel ativo, sendo a sua presença e o seu apoio afetivo que a ajudam a mulher a desenvolver o seu papel de mãe” (Brazelton, 1992, p70-71). Relvas (1996) acrescenta que esta díade estende-se a uma tríade, não sendo o momento de nascimento do bebé, mas sim, o projeto da gravidez coincidente com o início da família.

Neste sentido torna-se importante definir o conceito de parentalidade. Em 2018 a International Confederation of Midwives (ICM) refere que a parentalidade é:

a ação de tomar conta com as características específicas e de assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai, assim como comportamentos destinados a

### Contato Pele a Pele Pai-Bebê: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto

facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos de modo a “otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (ICM, 2018, p.12)

Cruz (2013) acrescenta que a parentalidade pode significar “respeito ao conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento de forma mais plena possível” (p. 13).

Por sua vez em 2015 a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) retoma a definição do ICM e definiu o conceito de parentalidade como:

tomar conta, assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos (...) quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (OE, 2015a, p.67).

Na atualidade o pai tem um papel fundamental e integrante na parentalidade, sendo que “a adição de um membro da família através do nascimento é um momento de transição e de destaque no ciclo de vida humano e familiar que altera os comportamentos, as relações e funções de pais e mães” (Palácios, 2005, p.10).

O processo de desenvolvimento da parentalidade evolui por fases. Lopes & Fernandes (2005) distinguem 4 fases neste processo. A primeira **fase antecipativa**, que ocorre “durante a gravidez e que evidencia a experimentação do papel parental por parte dos pais” (Lopes & Fernandes, 2005, p.37); Em seguida segue-se a **fase formal** que sucede com o nascimento do bebê e o desempenho do papel parental.

E a terceira fase, **a informal**, desenvolve-se com base nessas expectativas em que os pais desenvolvem a sua parentalidade de forma única, procurando ajustar-se às necessidades e exigências inatas à criança; por último, “os pais adquirem confiança e competência no desempenho do papel (...) e da sua parentalidade” designando-se esta de **fase de identidade do papel** (Lopes & Fernandes, 2005, p36-42).

Em suma, atualmente os pais também se sentem impulsionados a estarem mais envolvidos na organização, no planeamento da família assumindo uma postura de participação mais ativa.

## **1.2 Vínculo Afetivo**

A gravidez, o parto e o pós-parto representam períodos críticos de adaptação do ciclo vital da mulher. Para Ramos o “conceito de vinculação é utilizado para descrever a relação afetiva e privilegiada que a criança estabelece com a mãe ou outra pessoa significativa nos primeiros anos de vida” (Ramos, 2004, p.60).

A **teoria da vinculação** surge na segunda metade do século XX, criada por John Bowlby resultado da violência das separações e das carências precoces originadas pela guerra. Assim começou por definir o sentimento de apego “como qualquer forma de comportamento que pretende alcançar ou manter a proximidade com outro indivíduo” (Bowlby, 1990, p 50). Mais tarde (2012) definiu a vinculação mãe-filho que consiste na “... busca e a manutenção da proximidade de um outro indivíduo”, ou seja, todos os comportamentos do recém-nascido têm como função e por consequência criar e manter a proximidade ou contacto com a figura de vinculação” (Bowlby, 2002, p.90).

Segundo Guideney & Guideney (2004) todos os fatores que favorecem a proximidade e que fornecem uma sensação de segurança, pertencem ao comportamento da vinculação.

Por vezes os conceitos de apego e vinculação surgem como sinónimos, pelo que se torna importante diferenciá-los. De acordo com (Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2009) a vinculação refere-se à relação que se estabelece entre os pais e o bebé e o apego à relação que o bebé estabelece com os pais.

A relação de vinculação desenvolve-se progressivamente:

havendo uma busca de conforto, de apoio e de proteção, ao mesmo tempo que surge angústia perante o estranho e protesto em caso de separação (...) quatro características que distinguem as relações de vinculação das outras relações sociais sendo a procura de proximidade, a noção de base de segurança, a noção de comportamento de refúgio e, por final, as reações marcadas perante a separação (Guideney & Guideney, 2004, p.46).



Bowlby (1989) alega que o desenvolvimento da vinculação é uma adaptação essencial da espécie humana, uma vez que estes nascem vulneráveis ao perigo, o prestador de cuidados funciona como refúgio seguro, fonte de conforto e proteção.

Segundo Sousa (2004), o processo de vinculação organiza-se em três momentos: **vinculação pré-natal, perinatal e pós-natal**.

A gravidez é assim um processo de adaptação, mudança e enriquecimento e não um momento de espera passivo. É a etapa onde se inicia a **vinculação pré-natal** que pode ser caracterizada pela organização do desejo da maternidade, altura em que o bebé imaginário figura no pré-consciente e consciente, sendo, por isso, o sujeito psíquico desejado e pensado pelos pais. A construção do bebé imaginário porá em confronto essa imagem com o bebé real e desse modo auxiliará no reconhecimento da sua individualidade e construção da sua identidade.

O trabalho de parto e parto, envolve uma enorme carga emocional, para todos os intervenientes e é simultaneamente o momento privilegiado para a promoção deste vínculo. Com o trabalho de parto inicia-se a **vinculação perinatal**, que consiste na primeira oportunidade de tocar, olhar e ouvir o recém-nascido, pelo que se torna importante a promoção do contacto pele-a-pele precoce logo após o nascimento. Este é um modo de “continuar a relação de vinculação, já iniciada no processo psicológico e somático da gravidez, assim, assegurando a sua solidificação, de preferência na presença do pai de modo a promover o vínculo familiar” (Sousa, 2004, p.78).

O período pós-natal é um momento de adaptação física, emocional e social, sendo um importante momento para reforçar laços afetivos, e dar continuidade ao processo de vinculação iniciado na gravidez. A **vinculação pós-natal** caracteriza-se pela adaptação corporal entre progenitor e bebé, designada por diálogo tónico-postural recíproco, em que o bebé se acomoda ao colo do progenitor e começa a utilizar sinais. E deste modo o bebé espera a resposta da mãe “abrindo um espaço de comunicação que se manifesta por choro, gritos, sorrisos, assim como pelo toque, através do contacto pele-a-pele, em que existe uma reciprocidade.” Sousa, 2004, p.79).

Cruz (2013) acrescenta que uma parentalidade eficaz requer objetivos orientados para a criança que ativem uma emoção mais forte. Neste sentido o

sistema afetivo é composto por três conjuntos: os processos de ativação, os processos de envolvimento com o meio-ambiente e os processos de regulação. O mesmo autor refere que os primeiros processos, dominados por processos de ativação determinam quando irá ocorrer uma emoção, qual a emoção e qual o seu nível de intensidade, assumindo que a cognição é um determinante importante de grande parte das emoções humanas e atua como mediador entre a cognição e o comportamento parental. Neste âmbito da relação pais-filhos as emoções parentais são ativadas quando os resultados das interações são relevantes para os objetivos parentais. Uma vez estimuladas, iniciam-se os processos de envolvimento. As emoções orientam o indivíduo para atuar no meio-ambiente, ou seja, ativam, orientam e organizam os processos adaptativos. O mesmo autor acrescenta ainda que, as emoções ativadas nas situações de compatibilidade ou incompatibilidade, vão influenciar os processos implicados nas respostas parentais. Por final, desenvolvem-se os processos de regulação emocional. Estes, assistem as pessoas na perceção e controlo da expressão emocional, sendo que estas não ocorrem de forma automática, pelo contrário, as pessoas têm que compreender o que estão a sentir, antecipar as reações dos outros indivíduos às reações emocionais e utilizar as cognições para regular essas emoções. Cruz (2013) ainda refere que estes processos de regulação ajudam as pessoas a promover as emoções desejáveis, a suprimir ou lidar com as emoções indesejáveis e a disfarçar emoções.

Para o EEESMO é importante reconhecer as várias fases do processo de envolvimento/vinculação e ajudar os pais neste processo. Neste sentido o EEESMO tem como papel principal atuar como agente pacificador e promotor do processo de vinculação precoce.

### **1.3 Contacto Pele-a-Pele**

#### **1.3.1 Conceito do Contacto Pele-a-Pele**

O CPP que consiste na colocação do recém-nascido em contacto pele-a-pele com os progenitores, foi desenvolvido por Rey & Martines em Bogotá, Colômbia, em 1978, tendo sido apresentado ao público pela primeira vez em

1985. Ludington-Hoe (2010) apresenta-o como um modelo de cuidados para recém-nascido de baixo peso, tendo por finalidade o seu aquecimento, o início da amamentação precoce e a promoção afetiva parental. A partir dessa altura o método sofreu grande expansão, tendo sido implementado na prática clínica em diversos países.

O CPP promove uma ligação entre o progenitor sendo a forma mais rudimentar segundo Santos (2011), de estabelecer uma relação humana, pois constitui um meio de transmissão de várias necessidades básicas, como segurança e afeto. O contacto pele a pele consiste “na colocação do recém-nascido sobre o tórax materno/ paterno, com a duração mínima de 60 minutos, sempre que possível, se modo a estimular o toque”. (UNICEF, 2010, p.80). O contacto pele-a-pele é uma medida recomendada pela OMS & UNICEF (2009), medida esta que deve ser estabelecida imediatamente após o parto.

O nascimento é um momento único, de mudanças, vivido com muita intensidade e o toque é a forma mais primitiva de estabelecer uma relação humana, sendo que:

os primeiros momentos da vida após o nascimento são vitais e, também aqui, as parteiras desempenham um papel vital. Elas asseguram, por exemplo, que a atividade de vida respirar é satisfatoriamente estabelecida, que existe uma oportunidade imediata para a comunicação entre mãe e o bebé, que o bebé está enxuto e quente para evitar problemas com a atividade de vida de controlar a temperatura corporal; e (...) essencial para a vida (Roper, 1995, p.123).

Pode afirmar-se que “o contacto pele-a-pele é uma forma simples e importante de vivenciar um momento que jamais se repetirá”. (Santos, 2011, p.46)

O EEESMO de acordo com a Ordem dos Enfermeiros tem um papel fundamental e participativo na promoção do contacto pele-a-pele precoce, explícito na Competência Específica “H3 - Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando um parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina” (O.E, 2011, p. 10).

### 1.3.2 Prática do Contacto Pele-a-Pele

Segundo a OMS (2010) e a American Academy of Pediatrics (AAP) (2010), os recém-nascidos de termo saudáveis devem ser colocados no peito materno, imediatamente após o nascimento e após ter sido seco, em posição ventral com o recém-nascido despido, em cima do peito nu da mãe, entre as mamas, de modo a iniciar promoção do vínculo afetivo e do aleitamento materno o mais precocemente possível.

A UNICEF reconhece os seguintes benefícios do CPP:

promove o vínculo afetivo, acalma e relaxa a mãe e o recém-nascido; (...) regula a frequência cardíaca e respiratória do bebê; (...) estabelece a termorregulação do recém-nascido; (...) permite a colonização da pele do recém-nascido com as bactérias da mãe, permitindo proteção contra a infecção; (...) estimula o comportamento alimentar e estimula a libertação de hormonas para apoiar a amamentação e a maternidade (2010, p. 80-95).

Estas duas entidades (WHO & UNICEF, 2009) recomendam que os recém-nascidos devem ser colocados pele-a-pele em poucos minutos após o nascimento, permanecendo por 60 minutos ou mais, com todas as mães. A UNICEF acrescenta que o contacto pele-a-pele deve ser “estabelecido num ambiente sem pressa o mais cedo possível após o parto e, se tiver que ser adiado ou interrompido, devido à saúde da mãe ou do bebê, ele deve ser iniciado ou retomado logo que possível” (2011, p.86).

A prática do CPP paterno, veio demonstrar, através de alguns estudos realizados que reforça não só a relação pai-bebé, mas também promove a vinculação afetiva familiar, e neste sentido, a OMS (2010) promove que esta prática seja implementada em todas as unidades de saúde.

## **1.4 Referencial Teórico**

### **1.4.1 Modelo de Adaptação de Callista Roy**

Os modelos de enfermagem servem para estruturar a ação dos cuidados prestados, neste sentido um modelo por ser definido por “um conjunto de conceitos sistematicamente construído, cientificamente fundamentado e logicamente relacionado que identifique os componentes essenciais da prática de enfermagem, junto às bases teóricas destes conceitos e dos valores necessários para a sua utilização por quem a pratique” (Riehel & Roy, 1980, p.13).

Assim sendo, na minha experiência profissional enquanto enfermeira prestadora de cuidados gerais, observei ao longo dos meus anos de prática que a reação dos utentes a situações novas ou eventos novos modificavam-se conforme o ambiente em que era fornecida a informação, as variações de fatores externos, presença de familiares ou situações semelhantes.

Porque se trata de uma adaptação à parentalidade, o Modelo de Adaptação de Irmã Callista Roy foi o referencial teórico escolhido como o quadro de referência norteador deste trabalho.

O Modelo de Adaptação é

o processo e o resultado onde o pensamento e o sentimento da pessoa utiliza o conhecimento e a escolha conscienciosa para criar a integração humana e ambiental, sendo uma resposta positiva que promove o crescimento, a reprodução e o domínio da sobrevivência (Roy, C., 1981, p.49).

O modelo de adaptação de Roy reflete a teoria de adaptação de Helson (1964), as suposições filosóficas em que o modelo é baseado estão associados ao humanismo e à veracidade.

O humanismo foi definido

como o amplo movimento na filosofia e psicologia que reconhece a pessoa e as dimensões subjetivas da experiência humana como essências para o conhecimento e valorização. No humanismo crê-se que o indivíduo partilha o poder criativo, age com um objetivo e não numa sequência de causa efeito, possui um holismo intrínseco e luta para manter a integridade e concretizar a necessidade de relações., (...) e na veracidade crê-se que o indivíduo na sociedade é visto no contexto de objetivo de uma existência humana, unidade de objetivo de humanidade em atividade e criatividade para um bem comum e valor e significado da vida (Roy & Andrews, 2001, p.70-72).

E salienta que esta teoria “deve ser aplicada a famílias, grupos, comunidades e à sociedade como um todo” (Roy & Andrews, 2001, p.70-72).

A teoria de adaptação de Helson (1964) constitui:

uma base para a compreensão de que o indivíduo, como um sistema, tem a capacidade de se adaptar e criar mudanças no meio ambiente, sendo que a capacidade de resposta positiva a estas mudanças é uma função do nível de adaptação da pessoa, contribuindo como um ponto de mudança influenciado pelas exigências da situação e os recursos internos, incluindo capacidades, esperanças, sonhos, aspirações, motivações e tudo o que faz a pessoa movimentar-se constantemente em direção ao domínio e (...) descreve o receptor dos cuidados de enfermagem em termos de um sistema holístico adaptável (Roy & Andrews, 2001, p.72-74).

O modelo de adaptação de Roy descreve três classes de estímulos que formam o meio ambiente da pessoa:

O **estímulo focal** – é o estímulo interno ou externo que mais imediatamente confronta a pessoa; o objetivo ou acontecimento que atrai a atenção de alguém; (...) os **estímulos contextuais** – são todos os estímulos presentes na situação que contribuem para o efeito do estímulo local, sendo estes os fatores ambientais, estes influenciam como o indivíduo lida com o estímulo focal e (...) os **estímulos residuais** - são fatores ambientais dentro e fora da pessoa, cujos efeitos na situação atual não são centrais, a pessoa pode não ter consciência da influência desses fatores (Roy & Andrews, 2001, p.74-78).

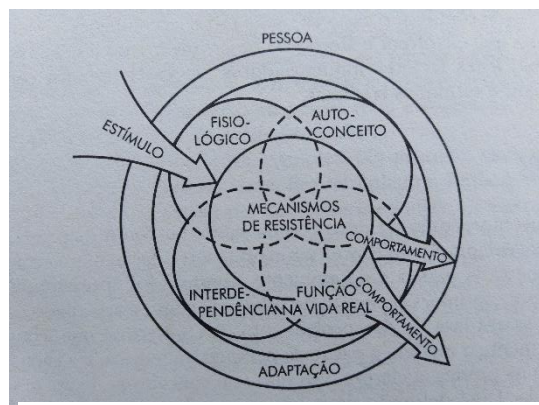
Após o indivíduo processar este estímulo através do mecanismo de controlo a pessoa cria uma resposta. O modelo de adaptação de Roy sugere “uma forma particular de ver estas respostas, as respostas não estão limitadas a problemas, mas, pelo contrário o modelo integra todas as respostas do sistema adaptável, sendo chamadas de comportamentos”. (Roy & Andrews, 2001, p.78); estes autores definiram o comportamento como

ações internas ou externas e reações sob circunstâncias específicas, tendo com respostas adaptáveis aquelas que promovem a integridade da pessoa em termos de objetivos de adaptação: sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio. (...) e as respostas ineficazes são aquelas que não promovem, nem a integridade e nem contribuem para o objetivo da adaptação, podendo estas ser influenciadas por mecanismos de resistência que podem ser definidos como formas inatas ou adquiridas de responder ao ambiente em mudança (Roy & Andrews, 2001, p.79).

Callista Roy dividiu os modos adaptáveis em quatro: o fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência.

O **modo fisiológico** é associado à forma como a pessoa responde como ser físico aos estímulos do ambiente. O **modo de autoconceito** incide especificamente sobre os aspetos psicológicos e espiritual da pessoa, sendo identificada a integridade psíquica sendo a este a necessidade de saber que é, para que se possa ser ou existir com um sentido de unidade. (...) é definido como um composto de crenças e sentimentos que a pessoa guarda sobre si mesma numa determinada altura, sendo formada através de percepções internas e percepções dos outros e este autoconceito dirige o comportamento. (...) **modo de função de papel** é dos modos sociais que incide sobre os papeis que a pessoa ocupa na sociedade, podendo ser constituído por um conjunto de expectativas sobre a forma como a pessoa ocupa uma posição. (...) **modo de interdependência** incide sobre as interações relacionadas com o dar e receber amor, respeito e valor, o sentimento de segurança nas relações da educação da criança (Roy & Andrews, 2001, p.79-83).

**Figura 1** - Modelo Adaptação de Roy



**Fonte:** Roy C. & H. Andrews (2001), Teoria de Enfermagem: O Modelo de Adaptação de Roy, Lisboa, Stória Editores, Lda

Transportando o modelo de Adaptação de Roy para a pessoa na situação da parentalidade, no nosso caso tornar-se pai, este quando submetido ao novo estímulo (recém-nascido), provoca um mecanismo de reação e resistência a esse estímulo.

Simultaneamente esse mecanismo de resistência, modifica o seu autoconceito e o seu papel de função na vida real, alterando as suas interdependências, no sentido de adaptar o seu comportamento à nova situação vivida.

Ou seja, o pai ao vivenciar o nascimento do bebé é confrontado com vários estímulos, sendo este estímulo focal, ou seja, atrai a atenção do indivíduo para a situação nova (sentimento de surpresa, o desconhecido, etc.), os estímulos contextuais (p.ex. a sala de partos, ambiente da sala de partos, luz, sons) e os estímulos residuais (p. ex. situações vividas anteriores). Todos estes estímulos vão ativar mecanismos de resistência no pai, mas que ajudam na resposta da adaptação à situação vivida, e deste modo, ajudam o pai alterar/adaptar o seu comportamento à nova realidade. Neste sentido, o pai adota quatro modos adaptáveis, estando estes interligados. Primeiro o modo fisiológico do pai é ativado, adaptando o seu comportamento ao ambiente; Em seguida o modo autoconceito em que o pai questiona o seu autoconceito individual, familiar e na sociedade e as suas necessidades; segue-se o modo de função de papel, em que o pai questiona que papel ocupa ou ambiciona ocupar na sociedade e no meio familiar. Por último, o modo de interdependência, que incide na sua necessidade de receber e dar amor, carinho, assim como, a sua necessidade de um sentimento de pertença na relação. Estes quatro comportamentos interligados formam a adaptação do pai ao nascimento do bebé.



## 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

### 2.1 Scoping Review

Para Fortin (2003) a metodologia refere-se ao conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, com a finalidade de obter resposta para a questão de partida previamente formulada. A metodologia adotada foi a *Scoping review*. Esta, teve como objetivo numa fase inicial realizar uma revisão literatura de modo a explorar e aprofundar alguns conceitos relacionando contacto pele a pele pai-bebé e procurar a evidência científica sobre o conceito e benefícios do contacto pele a pele pai-bebé. Numa fase posterior permitiu também refletir sobre a implicação da realização do contacto pele a pele pai-bebé no pós-parto para a formação do vínculo afetivo.

Com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre o conceito do contacto pele a pele pai-bebé e refletir sobre a implicação e promoção do contacto pele a pele pai -bebé no vínculo afetivo partiu-se para a formulação da questão de investigação, de acordo com a mnemónica PCC (conforme o quadro1): **Qual a importância no contacto pele a pele na promoção da vinculação paterna no pós-parto?**

Para Fortin (2009) ao enunciar a questão de investigação encontramos a orientar a formulação do problema de investigação e, por conseguinte, a esboçar o quadro teórico ou conceptual, tendo como finalidade identificar, descrever e analisar a literatura relacionada com a temática do contacto pele a pele no pós-parto.

**Quadro 1** -Mnemónica PCC

<b>P (população)</b>	Pais
<b>C(conceito)</b>	Contacto pele a pele
<b>C (contexto)</b>	Pós-parto

## Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto

Na etapa seguinte foram definidas “as palavras-chave, as estratégias de busca, as bases de dados consultadas e outras fontes de informação a serem pesquisadas.” (Sampaio e Mancini, 2007, p.85).

A plataforma utilizada foi a *EBSCO Host* nas bases de dados *CINAHL Plus With Full Text* e *MEDLINE With Full Text*, *Academic* e *MedicLatina*

Os descritores utilizados para a pesquisa “Boolean/Phrase” foram os seguintes: Contacto pele a pele (*Skin-to-skin Contact, Kangaroo Care, Skin-to-skin Care*), Pais (*Father, Fathers, Parent*), Parto (*Birth, Labour*), Cesariana (*Cesarean Section*), Vínculo Afetivo (*Parental Bond*), Vínculo (*Attachement*) (ver quadro 2).

**Quadro 2 - Descritores da Pesquisa**

Termos de pesquisa nas Bases de Dados Online					
Elementos do PCC		CINAHL	MedLine	Academic	Mediclatina
POPULAÇÃO	Pais	<u>Linguagem Natural</u>	<u>Linguagem Natural</u>	<u>Linguagem Natural</u>	<u>Linguagem Natural</u>
		Pai Pais	Pai Pais	Pai Pais	Pai Pais
		Termos Indexados	Termos Indexados	Termos Indexados	Termos Indexados
		Father Fathers Parent	Father Fathers Parent	Father Fathers Parent	Father Fathers Parent
CONCEITO	Contacto pele a pele	<u>Linguagem Natural</u>	<u>Linguagem Natural</u>	<u>Linguagem Natural</u>	Linguagem Natural
		Pele a pele	Pele a pele	Pele a pele	Pele a Pele
		Termos Indexados	Termos Indexados	Termos Indexados	Termos Indexados
		Skin-to-skin Care Skin-to-skin Contact Kangaroo Care	Skin-to-skin Care Skin-to-skin Contact Kangaroo Care	Skin-to-skin Care Skin-to-skin Contact Kangaroo Care	Skin-to-skin Care Skin-to-skin Contact Kangaroo Care
	Vínculo Afetivo	<u>Linguagem Natural</u>	<u>Linguagem Natural</u>	<u>Linguagem Natural</u>	<u>Linguagem Natural</u>
		Vínculo Afetivo	Vínculo Afetivo	Vínculo Afetivo	Vínculo Afetivo
		Termos Indexados	Termos Indexados	Termos Indexados	Termos Indexados

### Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto

		Attachement Parental Bonding	Attachement Parental Bonding	Attachement Parental Bonding	Attachement Parental Bonding
CONTEXTO	Pós-parto	<u>Linguagem natural</u>	<u>Linguagem Natural</u>	<u>Linguagem Natural</u>	<u>Linguagem Natural</u>
		Pós-Parto Cesariana Parto	Pós-Parto Cesariana Parto	Pós-Parto Cesariana Parto	Pós-parto Cesariana Parto
		Termos Indexados	Termos Indexados	Termos Indexados	Termos Indexados
		Labour	Labour	Labour	Labour
		Cesarean Section Birth	Cesarean Section Birth	Cesarean Section Birth	Cesarean Section Birth

Por último, na terceira etapa foi possível obter uma lista de referência de todos os artigos identificados em cada base de dados, através da junção de todos os termos de pesquisa de cada elemento da questão PCC, separadamente e com o designador booleano OR. Em seguida foi realizado o cruzamento de dados com a junção de todos os elementos PCC e com o designador AND.

Foram conjugados da seguinte forma: “*Skin-to-skin Contact*” OR “*Kangaroo Care*” OR “*Skin-to-skin Care*” AND “*Father*” OR “*Father*” OR “*Parent*” OR “*Caesarean Section*” AND “*Parental Bond*” OR “*Attachement*” (ver quadro 3).

**Quadro 3 - Termos de Texto Indexado**

Texto Indexados						
Father (S1)	AND	Kangaroo Care (S4)	AND	Birth (S7)	AND	Parental Bonding (S10)
OR		OR		OR		OR
Fathers(S2)		Skin-to-Skin Care (S5)		Caesarean Section (S8)		Attachement (S11)
OR		OR		OR		
Parent (S3)		Skin-to-Skin Contact (S6)		Labour (S9)		

## **2.2 Critérios de inclusão e exclusão**

Como critérios de inclusão foram considerados todos os estudos que se concentraram na temática do contacto pele-a-pele pai-bebé no pós-parto, tendo como critério de inclusão todos os estudos em *full text* referentes à temática em estudo, publicados em português, inglês e espanhol e com data de publicação igual ou posterior a 2011.

Foram excluídos todos os estudos que preenchessem um dos seguintes critérios: estudos publicados em línguas que não português, inglês e espanhol, estudos de opinião, editoriais e estudos secundários, estudos publicados antes de 2011.

## **2.3 Estratégia de Pesquisa**

A pesquisa foi efetuada entre 20 de maio e 10 de Junho de 2018, na plataforma *EBSCO Host*, de acordo com os três passos definidos pelo protocolo do *Joanna Briggs Institute* (2015). No primeiro passo foi realizada uma pesquisa limitada a 2 bases de dados (MedLine e CINAHL), de modo a identificar os termos indexados descrito nos artigos. No segundo passo, foram identificadas as palavras chave e termos indexados. E por último no terceiro passo foram incluídas as restantes bases de dados e realizada a pesquisa com os termos indexados.

Foram reunidos os artigos resultantes da pesquisa nas bases de dados e procedeu-se à análise dos títulos e resumos tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão.

## **2.4 Extração dos Resultados**

Foi realizada com recurso aos instrumentos de extração de dados do *Joanna Briggs Institute* (2015), nomeadamente: o *JB I Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/ Case Control* (para estudos quantitativos) – *Appendix 3*, *JB I QARI Critical Appraisal checklist for intepretive & Crtical Research* (para

estudos qualitativos) -*Appendix 7* e o JBI *Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews – Appendix 8*. – (**Anexo I** – JBI Appraisal Checklist)

Todos os estudos demonstraram ter boa qualidade metodológica, não se verificando divergências na opinião dos revisores.

## **2.5 Apresentação dos Resultados**

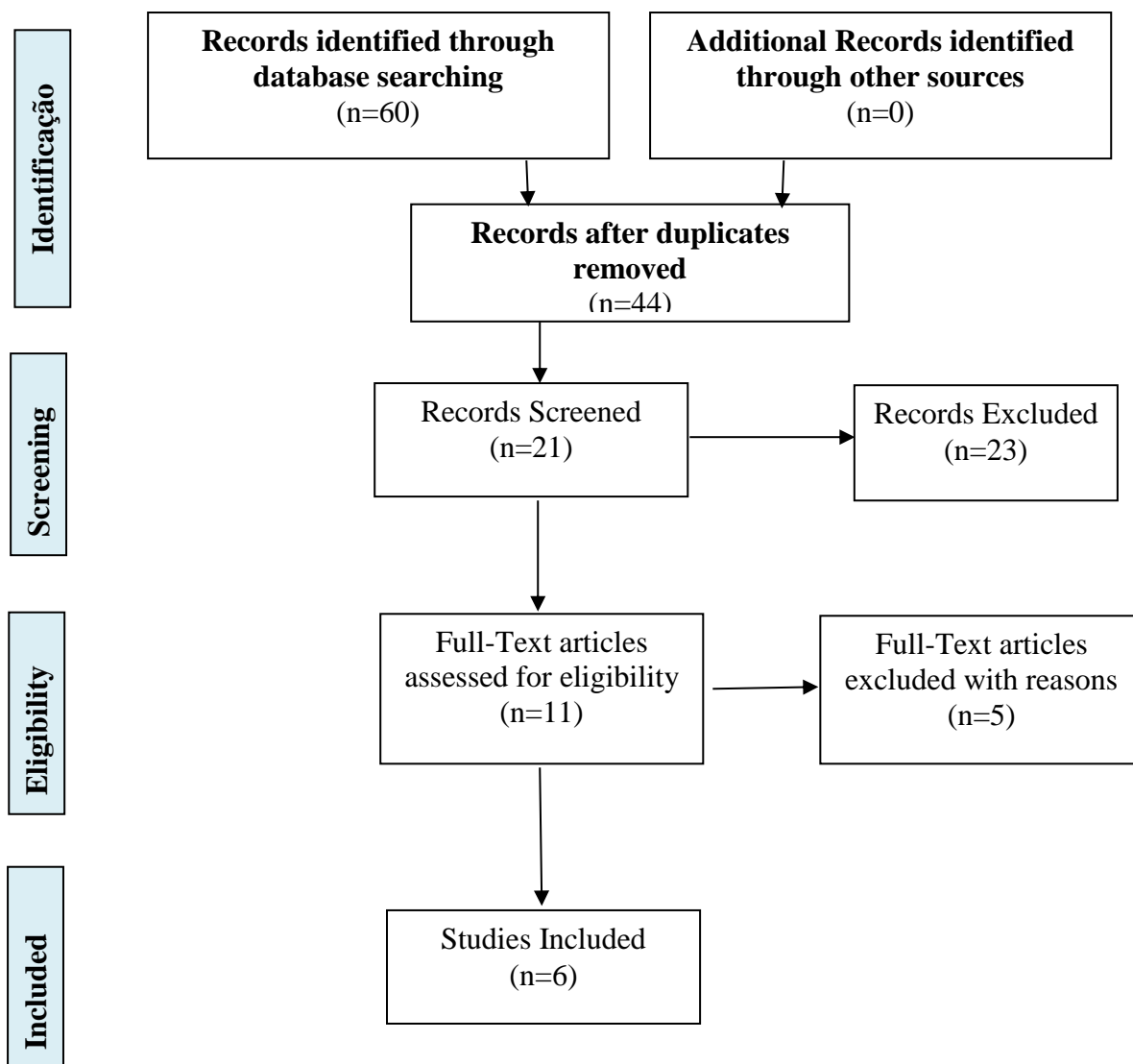
Através da pesquisa na base de dados *CINAHL* foram encontrados 25 artigos, *MedLine* foram encontrados 10 artigos, *Academic* foram encontrados 5 artigos e *MedicLatina* foram encontrados 4 artigos.

Seguidamente através da leitura dos títulos e resumos foram eliminados os artigos que não estavam de acordo com a temática do estudo. Desta seleção resultaram 5 artigos da *CINAHL* e 1 artigos da *MEDLINE*. Foram considerados elegíveis para a presente *Scoping Review* um total de 6 artigos, dos quais 3 são testes padronizados (*Clinical Trial*), 1 estudo descritivo e exploratório com vertente qualitativa e 2 revisões da literatura.

Não foi encontrado nenhum estudo a nível nacional, estando os estudos seleccionados disponíveis em língua inglesa e espanhola.

De seguida é apresentado um diagrama-resumo da pesquisa realizada, adaptado do *PRISMA Flow Diagram* para o processo de RS segundo a JBI (2015)

**Figura 1 - PRISMA Flow Diagram (2009)**



Uma síntese dos resultados da presente *Scoping Review* são apresentados no Quadro 4.

**Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto**

**Quadro 4 - Resultados da Pesquisa**

<b>Nº Artigo</b>	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Estudo/Objetivo</b>	<b>Ano de Publicação/ Local/ Base de Dados</b>
<b>1</b>	Fear of Fatherhood	Wendy Sponsler, Christopher Watherspoon, Deborah Weatherspoon, Dorothy Campbell	Revisão da Literatura  Promover o aumento da educação pré-natal para pais e discutir as intervenções que visam promover o vínculo afetivo entre pais e bebês.	2015  International Journal of Childbirth Education  E.U.A. <i>Medline</i>
<b>2</b>	Reducing stress in Infants: Kangaroo Care	Meredith Rush	Revisão da Literatura  Tem como objetivo incorporar métodos anti-stress para acalmar o bebê, usando o método natural do Kangaroo Care.	2016  International Journal of Childbirth Education  E.U.A. <i>CINAHL</i>
<b>3</b>	The Experience of the Kangaroo Method: the perception of the father	Natália Carvalho de Jesus, Bianca Dargam Gomes Vieira, Valdecyr Herdy Alves, Diego Pereira Rodrigues, Rosangela de Mattos Pereira de Souza, Eny	Estudo Descritivo e Exploratório (Qualitativo)  Identificar a percepção do pai acerca da vivência do método Kangaroo	2015  Journal of Nursing Recife <i>CINHAL</i>

**Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto**

		Dórea Paiva		
4	Participación paterna en la experiencia del parto	Hernán Villalón, Rosario Toro, Isidora, Riesco, Mauricio Pinto, Cristián	Clinical Trial (Qualitativo) Analisar o programa que encoraja a participação do pai no parto e obter a perspectiva do pai acerca do seu envolvimento durante o parto.	2014 Revista Chilena de Pediatría Chile <i>CINHAL</i>
5	Paternal Skin-to-Skin Care and its Effect on Cortisol Levels of the Infants	Kayvan Mirnia, Mohammad Arshadi Bostanabad, Maliheh Asadollahi, Mir Hamid Razzaghi	Clinical Trial (Qualitativo) Investigar os efeitos do contacto pele-a-pele pelos pais nos bebés.	2016 Pediatric Journal Irão <i>CINHAL</i>
6	Effects of Father- Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial	Er-Mei Chen, Meei-Ling Gau, Chieh-yu Liu, Tzu-Ying Lee	Clinical Trial (Qualitativo) Analisa como o contacto pele-a-pele entre pai e bebé afeta o vínculo afetivo.	2016 Hindawi – nursing Research and Practice China <i>Medline</i>



### **Países de Publicação e desenhos dos estudos**

Os estudos incluídos nesta pesquisa foram publicados entre 2011 e 2016. Os estudos foram realizados nos Estados Unidos da América (2), Irão (1), Brasil (1), Chile (1) e China (1).

Dos estudos em análise percecionamos que a maioria da investigação foi realizada a nível hospitalar.

O estudo 3 foi avaliado através de entrevistas e que posteriormente foram sujeitos a uma análise de conteúdo pelo Conteúdo de Modalidade da Temática na Maternidade Leila Diniz, Rio de Janeiro, Brasil. O estudo 4 foi realizado através de questionários e decorreu no Hospital Regional de Coyhaipe, no Chile. Relativamente ao estudo 5, após a realização do contacto pele a pele do pai com o seu recém-nascido foi realizado um teste à saliva do recém-nascido para avaliar os níveis de cortisol na saliva e decorreu no Tabriz Alzahra Teaching Hospital, Irão. O estudo 6 decorreu no Hospital de Taiwan, China e foi avaliado através do preenchimento uma escala pelos pais, a Father-Child Attachment Scale (**FCAS**).

Como se pode observar no seguinte Quadro 5.

**Quadro 5** - Localização da Investigação dos estudos em análise

<b>Autores</b>	<b>Estudo</b>	<b>Locais de Estudo</b>
Sponsler <i>et al</i> , 2015	1	E.U.A.
Meredith Rush, 2016	2	E.U.A.
Jesus <i>et al</i> , 2015	3	Maternidade Leila Diniz, Rio de Janeiro, Brasil
Villalón <i>et al</i> , 2014	4	Hospital Regional de Coyhaipe, no Chile
Hamid <i>et al</i> , 2016	5	Tabriz Alzahra Teaching Hospital, Irão
Ei-Mei <i>et al</i> , 2016	6	Hospital de Taiwan, China

### **Idade da Amostra**

Os dados relativos à idade da amostra, não se encontram presentes em alguns dos estudos selecionados, nomeadamente nas duas revisões da literatura.

O estudo qualitativo analisado apresenta dados de homens com idades superiores a 18 anos, bem como um dos estudos quantitativos, apresenta a idade dos homens também superior a 18 anos.

### **Tamanho da Amostra**

O tamanho da amostra varia entre 6 pais no estudo 3, 127 pais no estudo 4, 45 pais no estudo 5 e 83 pais no estudo 6. Sendo no total de 261 participantes.

### **Objetivo dos estudos**

O estudo 1 (Spoinsier *et al*, 2015) é uma revisão da literatura no sentido de descrever as intervenções que visam promover o vínculo afetivo entre pais e filhos e explorar a evidência científica sobre a influência da educação parental pré-natal para a realização do contacto pele-a-pele no pós-parto.

O estudo 2 (Rush, 2016), também uma revisão da literatura, tem como objetivo incorporar métodos anti-stress para acalmar o bebé, usando o método natural do Kangaroo Care.

O estudo 3 (Jesus *et al*, 2015) é um estudo descritivo e exploratório (qualitativo) que pretende identificar a perceção do pai acerca da vivência do método Kangaroo.

Os restantes estudos (três estudos) recorrem a testes padronizados, o estudo 4 (Villalón *et al*, 2014) tem como objetivo obter informação sobre o programa que encoraja a participação do pai no parto e obter a sua perspetiva acerca do seu envolvimento durante o parto.

O estudo 5 (Hamid *et al*, 2016) investiga os efeitos do contacto pele-a-pele pelos pais nos bebés e analisar como o contacto pele-a-pele entre pai e bebé afeta o vínculo afetivo e o estudo 6 (Er-Mei *et al*, 2016) estuda as diferenças comportamentais entre género no contacto pele-a-pele com pai e mãe após cesariana.

## **Período da duração da Recolha de Dados**

O período de recolha de dados dos estudos qualitativos e quantitativos é um parâmetro que se encontra de forma pouco clara nos estudos selecionados; o estudo 4 faz referência ao período do estudo que teve uma duração de 23 meses entre 1999 e 2000, o estudo 5 decorreu durante o mês de novembro de 2015 e, por fim, desconhece-se o período da recolha de dados referente aos artigos selecionados para as revisões da literatura.

## **Discussão**

A análise dos resultados encontrados, irá ser organizada no sentido de responder à questão de investigação e objetivo elaborado (refletir sobre a implicação da realização do contacto pele a pele pai -bebé no pós-parto imediato para a formação do vínculo afetivo), a partir da perspectiva dos pais que realizam CPP no pós-parto.

Relativamente às revisões de literatura, o estudo 1 (Spoinsier *et al*, 2015) refere que o vínculo afetivo é um vínculo emocional entre o pai e recém-nascido, que é forte e duradouro. Evidencia ainda que antigamente, o vínculo materno era o foco de atenção, mas que ao longo dos tempos o vínculo paternal tem vindo a surgir como foco de atenção, sendo um tópico importante na atualidade. Reconhece-se também, que é necessário entender melhor a adaptação para a paternidade, identificando os sinais de vínculo afetivo entre pai e filho. O mesmo estudo acrescenta que este vínculo afetivo precoce entre pai-filho promove uma relação mais saudável e harmoniosa entre o casal. Aponta para três tópicos importantes: uma parentalidade mais competente, uma divisão de papéis e tarefas no seio familiar e o saber equilibrar a vida profissional com a vida quotidiana com mais satisfação.

O estudo 2 (Rush, 2016) refere que o CPP aumenta a produção de oxitocina, hormona esta que é responsável por reduzir o stress, aumentar o vínculo afetivo e de confiança no homem, ainda enfatiza para o envolvimento paterno aumentado a vinculação, ajudando na construção do papel parental e servindo como transmissão de informação entre pai e filho. O estudo salienta como principais ganhos no CPP o envolvimento parental precoce com a criança, aumento da confiança nas tarefas do quotidiano, uma sensação de pertença e desenvolvimento do papel parental e “especiais” conexões entre pai e filho.

O estudo 3 (Jesus *et al*, 2015) aponta para o Método Kangaroo como um estímulo para o convívio familiar com o bebé, contribuindo para um vínculo afetivo no seio familiar e influencia positivamente a aproximação entre pai e filho, sendo que coopera para o início de uma relação afetiva. Os seis pais participantes nos estudos após realização de CPP referem uma sensação de sentimentos carinhosos para com o seu bebé e realçam a sensação de aproximação e segurança na realização do CPP. Verificou-se ainda que o método influenciou a aproximação entre o par (pai-filho) e favoreceu o início de uma relação de amor e proteção duradoura. Os pais referem ainda vontade de participar nos cuidados ao recém-nascido e nas tarefas domésticas quotidiana. Ainda reconheceram que através do toque desenvolveram uma sensação de conforto, compreensão para as necessidades de apoio materno para as tarefas do dia-a-dia. Por final reconhece a importância do CPP na relação de proximidade entre pai-bebé, dando aos pais o reconhecimento que o bebé é “seu” e desenvolvendo laços de aproximação que são necessários para fomentar a relação pai-filho.

O estudo 4 (Villalón *et al*, 2014) refere que o acompanhamento por parte do casal contribui para fortalecer os vínculos afetivos entre os membros da família, aponta para uma oportunidade de desenvolver uma relação de proximidade e assumir as responsabilidades enquanto pai, sendo que, nos últimos anos a intervenção paternal tem vindo a ser mais ativa. Realça ainda a importância da interação pai-filho e que, a longo prazo o prognóstico é mais favorável nos aspetos sociais, psicológicos e de conduta, como a positiva perceção do pai por parte do seu filho ao existir uma interação afetiva.

O estudo 5 (Hamid *et al*, 2016) refere que este tipo de cuidados (CPP) aumenta a interação e dependência entre pai e filho com efeitos positivos no ambiente familiar. O toque e assim como o contacto visual entre pai e filho pode desenvolver uma relação de compreensão do comportamento do filho. Ainda reforça a ideia que os estudos mostram que o CPP pode ser realizado pela mãe e pelo pai, pelo que, na atualidade o conceito de *Mother Kangaroo Care* foi substituído por *Kangaroo Care*. Após a realização do CPP foram realizadas amostras à saliva do recém-nascido que demonstram que os níveis de cortisol diminuíram, algo que veio provar que o CPP entre pai e filho aumenta a sensação de segurança, proteção e diminui os níveis de stress. Os “novos pais” ou pais da atualidade, mostram que não só desenvolvem

vínculos afetivos mais fortes assim como participam no pós-parto mais ativamente e investem na paternidade durante estes períodos.

No estudo 6 (Er.Mei *et al*, 2016) os pais referem uma sensação de proteção e afinidade com os seus filhos, assim como, a diminuição da ansiedade e aumenta os sentimentos positivos perante a paternidade. Os 83 pais em estudo revelaram aumento da proximidade e aumento do vínculo afetivo após realização do CPP, algo confirmado pela análise da *FCAS*, tendo revelado um aumento da vinculação afetiva entre pai-filho em relação ao toque, explorar, falar, e abraçar no pós-parto. Os pais que realizam CPP com os seus filhos após o nascimento sentem uma satisfação quando reconhecem que conseguem oferecer cuidados ao filho semelhantes ao da mãe. O toque no CPP pode assistir na formação de sentimentos de amor pelo filho e aumento a sensibilidade parental para a resposta às necessidades do filho.

## **2.6 Conclusão**

Nos dias de hoje existe um novo modelo da parentalidade, onde o pai procura vivenciar cada momento desde a gravidez, ao pós-parto e daí adiante. Este novo papel ativo do pai na paternidade, torna possível a transformação dos papéis de género na sociedade atual e promove o desenvolvimento dos laços afetivos intrafamiliares.

A adaptação à paternidade, especialmente para o pai é um momento de ansiedade, seja pela falta de experiência ou conhecimentos. Atualmente, existem vários mecanismos de educação e divulgação que promovem uma adaptação à paternidade. O Método Kangaroo tem como estratégia os cuidados de saúde humanizados centrados na família/casal. Os estudos consultados reforçam a importância do CPP no pós-parto e os seus benefícios, assim como reforçam a necessidade das maternidades de rever os seus protocolos e regulamentos, de modo a corresponder a uma adaptação à paternidade de forma mais efetiva. A participação do pai no pós-parto estimula a aproximação com o seu bebé e reforça o laço afetivo formado no nascimento, como reforça Jesus *et al* (2015) que “apesar o laço afetivo entre pais e filhos este processo não acontece instantaneamente e deve ser estimulado continuamente” (Jesus *et al*, 2015.p.8543) O CPP entre pai e filho favorece o laço afetivo, o desenvolvimento do mesmo e possibilita ao pai a sensação que o seu filho lhe pertence, sendo que esta aproximação psicológica é “importante

e necessária para o desenvolvimento do vínculo afetivo entre pai e filho” (Jesus *et al*, 2015, p.8546).

Er-Mei *et al* (2016) acrescentam que o CPP no pós-parto aumenta a confiança parental perante o filho, além de facilitar o papel de adaptação para a parentalidade. A evidência aponta para “a importância da interação entre pai-filho em que o prognóstico a longo prazo é mais favorável nos aspetos sociais, psicológicos e de conduta” (Villalón *et al*, 2014, p558)

A nossa opinião, o acompanhamento do pai na gravidez, trabalho de parto e pós-parto contribui para fortalecer os vínculos afetivos entre os membros da família e especialmente entre pai e filho, deste modo aumentando a participação do pai na paternidade e tarefas do quotidiano com o seu filho.

Neste sentido, é importante que os hospitais revejam as suas condutas e protocolos no sentido de promover a realização do contacto pele-a-pele no pós-parto, assim como aplicar novas estratégias de divulgação e educação para a parentalidade de modo a implementar o CPP em ambos os progenitores.

Como existem poucos estudos sobre o CPP entre pais e filhos e a formação do vínculo afetivo a longo prazo, torna-se importante a realização de estudos longitudinais para investigar e evidenciar as consequências do CPP na formação do vínculo afetivo entre pais e filhos.

### **3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE APRENDIZAGEM**

#### **3.1 Contextualização do estágio com relatório**

Integrado no Sistema Nacional de Saúde (SNS) de uma das regiões do país, o local de estágio é composto por três unidades hospitalares, caracterizando-se como uma unidade hospitalar de referência no SNS, responsabilizando-se pela prestação de cuidados de saúde diferenciados na região, bem como pelo apoio à formação pré, pós-graduada e contínua na área da saúde.

O Departamento de Materno-Infantil, com registo de 2016 de 1280 nascimentos/ano, apresenta-se dividido em 3 serviços: Serviço de Bloco de Partos, Serviço de Obstetrícia e Serviço de Ginecologia, tem como missão a assistência às grávidas na preconcepção, gravidez, parto e puerpério. Em 2008 foi certificado como Hospital Amigo dos Bebés e recertificado em 2013, apoiando a iniciativa com a promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) e os Censos realizados em 2011, a população residente na região do Algarve é de 451 006, o que representa cerca de 4,3% da população de Portugal. A sua maioria são mulheres, 231 075 sendo a população masculina de 219 931 pessoas. Na última década a população da região do Algarve aumentou 14,1%, em 2001 era de 395 218. Na última década a região do Algarve foi a que mais cresceu em termos de população e com maior percentagem relativa de cidadãos estrangeiros. Segundo o INE a população estrangeira residente na região do Algarve, representava 11,6% da população residente. Os municípios com maior percentagem de população estrangeira são Aljezur (21,7%), Albufeira (17,6%) e Lagos (16,9%), sendo que na última década se verificou, em todos os municípios do Algarve, crescimento da população estrangeira relativamente ao total da população da região. Pelos dados do INE DE 2011 as principais comunidades estrangeiras a residir na região do Algarve são provenientes do Brasil (18,7%), do Reino Unido (17,2%), da Ucrânia (11,6%) e da Roménia (10,2%). Segundo o INE no site do Pordata em 2017 nasceram 86.154 bebés em Portugal, dos quais 77.838 de progenitores portugueses e 8.316 de progenitores estrangeiros.

### 3.2 Desenvolvimento das Competências de Estágio

A realização do estágio com relatório teve um papel fundamental no decurso do meu processo de ensino-aprendizagem, constituindo um período ótimo em oportunidades de aprendizagem, tendo sempre por base os conhecimentos teóricos-científicos apreendidos ao longo do meu percurso académico e profissional. A elaboração de um projeto de estágio com objetivos específicos serviu como guia ao longo do estágio e teve como finalidade aprofundar e identificar as competências a desenvolver como futuro EEESMO e para o desenvolvimento de competências do 2º ciclo (ver **Apêndice I** – Objetivos e Competências a Desenvolver e Quadro com síntese das competências mínimas atingidas no Estágio com Relatório).

3.2.1. Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas que permitam informar, apoiar e capacitar o casal a tomar uma decisão Informada quanto à realização do contacto pele-a-pele

A formação do casal pode considerar-se o início do ciclo vital da família nuclear. Nas famílias que projetam ter filhos, com o nascimento do primeiro filho, a família reorganiza-se no sentido da redefinição de papéis e funções, começando um processo de abertura progressiva ao exterior e de prestação intensiva de cuidado (Graça, Figueiredo, & Carreira, 2011).

Para Nené, Marques e Batista (2016) as sessões de preparação para o nascimento e parentalidade tem como grande objetivo capacitar a mulher/casal para a vivência e experiências de um parto gratificante e saudável. Neste sentido, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica (RPQCEESMOG) define a preparação para o parto como:

um ato de assistência prestado pelos enfermeiros ESMOG à grávida e família, que visa por um lado, consciencializar a grávida para o seu potencial para o parto eutócico, treinar estratégias de autocontrolo para o trabalho de parto e treinar o acompanhante para estratégias de apoio à parturiente; por outro lado, treinar exercícios muscularto-articulares promotores da flexibilidade, postura corporal e do adequado posicionamento fetal; exercícios respiratórios e métodos de relaxamento, (...) sendo um ato de assistência prestados pelos



EEESMO à grávida e família, que visa desenvolver competências para o exercício do papel parental, que garantam o potencial máximo do seu desenvolvimento. (OE, 2011, p.14).

Portanto, para Néné, Marques, & Batista (2016), cabe ao EEESMO estabelecer um programa de preparação dos futuros pais, tendo em conta a nova função, responsabilizando-se pela sua conceção e implementação com vista a assegurar a preparação completa para o parto e para uma parentalidade responsável.

Segundo a O.E. no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (RCEEEESMO), (2010) o modelo de cuidados centrados no casal implica uma adequação dos mesmos às suas reais necessidades individuais dos casais, e que haja lugar a escolhas informadas sobre todos os aspetos relativos à prestação de cuidados. Pressupõe ainda que seja enfatizado o empoderamento (empowerment)/capacitação dos casais na escolha informada. Neste sentido para informar e capacitar os pais realizei no dia 28 de março de 2018 uma sessão de educação para a parentalidade com o objetivo de informar, divulgar e capacitar os pais para os benefícios do CPP e incentivar para a realização do mesmo no pós-parto (**Apêndice II**). A sessão decorreu na sala de reuniões do piso 2 e teve a duração de 45 min, foi realizado um plano de formação com o objetivo de orientar a sessão de educação (**Apêndice III**). A divulgação da formação às grávidas/ casal foi realizado via telefone. Com o objetivo de cativar a atenção dos pais a nível visual foi realizado um panfleto sobre os benefícios CPP que se encontra disponível no **Apêndice IV** e realizei um filme com imagens apelativas e harmoniosas que iam passando juntamente com música calma e relaxante. No final de sessão para a parentalidade foi realizada uma avaliação oral com os casais que assistiram à formação e por final formalizei a análise da formação com uma avaliação e análise escrita que se encontra disponível no **Apêndice V**. Como futuro EEESMO desenvolvi estratégias que permitissem promover o processo de vinculação entre pais e filho no período pré-natal e pós-natal promovendo a realização do CP e divulgando os seus benefícios sempre que me foi possível. Nestas sessões, o homem adquire maior consciência da importância da sua participação neste processo. Para Caires & Vargem (2012) a presença do companheiro é um fator positivo que favorece o fortalecimento dos laços familiares e

faz com que eles se sintam importantes e realizados ao poder exercer de forma concreta o papel de pai.

3.2.2. Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao casal /recém-nascido saudável

Com a finalidade de promover a realização e divulgar as vantagens do contacto pele-a-pele com os pais dos quais tive a oportunidade de acompanhar e participar no trabalho de parto e parto, em que aproveitei a oportunidade de divulgar os benefícios CPP e promover a sua realização no pós-parto.

Tendo em conta que a região do local de estágio apresenta uma grande diversidade cultural, como se verifica nos Censos de 2011 essa região apresenta, na ultima década o maior crêscimo de população e com maior percentagem relativa de cidadãos estrangeiros, e como se pode verificar na Quadro 6, em que dos 50 partos que assisti, 32 senhoras eram de nacionalidade portuguesa, em que 10 dessas senhoras portuguesas eram de etnia cigana, pelo não me foi possível realizar contacto pele a pele no pós-parto por diversas razoes culturais, crenças, valores familiares e também por barreira linguística.

**Quadro 6 – Nacionalidades das parturientes assistidas**

<b><i>Nacionalidade</i></b>	<b>Número de Partos (50)</b>
<i>Portuguesas</i>	32
<i>Indianas</i>	5
<i>Francesas</i>	4
<i>Russas</i>	3
<i>Búlgaras</i>	3
<i>Ucranianas</i>	1
<i>Moldávia</i>	1
<i>Inglesa</i>	1

No quadro 7 estão identificados os fatores influenciadores para a realização do CPP.

**Quadro 7** - Fatores influenciadores para a realização do CPP

<b>Descritores</b>	<b>Número</b>
Etnia Cigana	10
Barreira Linguística (não falavam Português e Inglês)	11
Sem companheiro na sala de partos	6
Com companheiro na sala de partos	20
Outro acompanhante (p.ex: mãe, sogra, amiga, doula)	24

Ao longo do estágio foi divulgando e incentivado, seja com imagens visuais e com linguagem gestual de modo a despertar a atenção do casal para a realização e benefícios do CPP no pós-parto. Portanto, tive a oportunidade de realizar CPP no total de 11 pais, relativamente ao número de partos em que realizei assistência.

3.2.3. Analisar e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao casal/recém-nascido saudável

Durante a realização do CPP no pós-parto que foi proporcionado num ambiente acolher e calmo, fui questionado informalmente os pais para as sensações vivenciadas naquele momento. De um modo geral, vários pais referiram sensações de “proximidade”, carinho e conforto, por consequência aumento do aumento do vínculo afetivo. Proferiram por várias vezes a palavra Amor. Referiram aumento da sensação de responsabilidade e necessidade em participar nas tarefas do quotidiano. Em consequência da realização do CPP, referiram também uma compreensão para com as preocupações maternas e aumento da necessidade de participar nos cuidados ao bebé conjuntamente com a mãe. Como futura EEESMO desenvolvi estratégias de permitissem promover o processo de vinculação nos períodos pré-natal e pós-natal, através de um conjunto de intervenções que visam apoiar, educar e ajudar no processo de adaptação para a parentalidade e promover

uma relação de ajuda emocional entre pai/filho/casal. Em relação à equipa de enfermagem e médica, devo constatar que mostraram motivação para a temática em estudo, apoiando e implementando o procedimento do CPP no pós-parto, e assim contribuindo para o meu desenvolvimento profissional e individual. Segundo a OE (2010) o EEESMO concebe, planeia, implementar e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido e conviventes significativos. Tendo em conta esta afirmação, devo realçar o facto de ter realizado CPP de uma avó com o seu neto, de modo a promover o laço afetivo intrafamiliar.

Cabe ao EEESMO ter um papel na assistência humanizada à família, no sentido, de integrar ativamente o pai no trabalho de parto e parto, assim como, ajudá-lo na sua adaptação para a parentalidade. O que vai de encontro à vertente humanista de Helson (1964) do modelo de adaptação de Calista Roy.

### **3.3. Análise das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Como refere o documento orientador do estágio com relatório, a realização do mesmo, tem como finalidade desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal. Pelo que durante a realização do estágio tive em conta o desenvolvimento de competências técnico-científicas e que passo a analisar no seguinte subcapítulo.

3.3.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações promovendo o bem-estar materno-fetal

O Serviço de Bloco de Partos (SBP) requer uma grande abrangência de conhecimentos e conceitos teórico-práticos por parto do EEESMO. Como indica o RCEESSMOG (2010) o EEESMOG “assume o papel de seu defensor [utente] permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões” (OE, 2010, p.12). Neste sentido durante o estágio clínico (EC) tive na prestação de cuidados no sector de urgência de obstetrícia/ginecologia. Durante esse período de tempo tive oportunidade de prestar cuidados a mulheres grávida em situação de risco, participar na realização

de exames pré-natais e participar nem exames do foro ginecológico. No total durante os vários ensinamentos clínicos, prestei assistência a 63 mulheres com patologia do foro ginecológico. Em relação aos exames pré-natais, tive oportunidade de contribuir na assistência de 117 mulheres. Como descrito na competência H” que refere que o EEESMOG “cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde (...)” (OE, 2010, p.13). E de forma a participar e potenciar a saúde pré-natal materna e fetal, realizei colheitas analíticas, identificação do risco gravídico através da escala de Goodwin, monitorização com cardiocotográfica (CTG) ou auscultação dos batimentos cardíacos fetais (ABCF), avaliação dos sinais vitais da utente, observação geral da mulher, realização dos ensinamentos oportunos como os recursos disponíveis das comunidades, sintomas e sinais de desconforto e alarme.

O local de estágio tem nos seus protocolos e disponível no seu sítio da internet um plano de partos, do qual a grávida/ casal informa a equipa de enfermagem e médica dos seus requisitos para o trabalho de parto e parto. Tendo em conta, que na região do país onde decorreu o estágio tem uma grande comunidade de naturalistas a residir na região de Aljezur, a utilização do plano de partos tem uma grande aplicação no SBP. O plano de parto é uma recomendação da OMS (2012a) que consiste num documento elaborado pelo casal, preferencialmente durante a gravidez, onde estão expressos os seus desejos e expectativas para o seu trabalho de parto e parto. E de acordo com a OE (2015c) é fundamental que o EEESMO compreenda que o seu apoio tem um resultado direto na forma como a cliente encara o seu trabalho de parto e parto. Como enfatiza a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) está associada à sua participação nas decisões que ao parto diz respeito, depois de devidamente informada das evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta na sua situação específica” (APEO, 2009, p.16) É importante salientar que o cuidar envolve ter “elevada consideração pelo o todo da pessoa, pelo seu estar no mundo” (Watson, 2002, p. 111) e pelo reconhecer a sua “autonomia humana e liberdade de escolha” (Watson, 2002, p. 66). Ao longo do EC sempre foi levado em consideração a escuta e a perceção das expectativas, desejos e preferências do casal para o seu trabalho de parto, parto e pós-parto, pelo que, sempre foram questionados em relação ao seu planeamento/expectativas para o trabalho de parto, parto e pós-parto,

independentemente de terem um plano de parto escrito. Neste sentido e aproveitando a oportunidade de interação com o casal, sempre que possível, expunha a temática do CPP às mulheres/ casal de modo a tomarem uma decisão devidamente informada sobre o tema.

Durante o EC participei em uma situação de abortamento espontâneo tardio, às 26 semanas, prestando apoio emocional ao casal. Segundo Adolfsson *et al* (2015) a valorização da perda pré-natal é recente, porém a dor manifestada por esta perda é similar aquela que acompanha qualquer outro tipo de dor significativa, pelo que se torna importante o suporte emocional adicional e atuar como uma mais valia para estas mulheres/casais/famílias. Neste sentido tive a oportunidade de integrar a teoria da adaptação a situações de stress e críticas, capacitando o casal para ultrapassar a situação vivida, de modo a aceitar o acontecimento e disponibilizando ajuda, usando a vertente humanista, que é defendida pela Callista Roy, que consiste na valorização do individuo de modo a manter a integridade do individuo, neste caso o casal. Também durante os vários ensinamentos clínicos tive a oportunidade de realizar vigilância a grávidas em situação de risco, tendo realizado prestação de cuidados a um total de 46 grávidas.

### 3.3.2. Cuidar a mulher e recém-nascido inserido na família e comunidade durante o trabalho de parto e parto

Segundo a ICM (2018) a competência das parteiras é a combinação de conhecimentos, comportamentos e competências profissionais específicas que são demonstradas num determinado nível de proficiência no contexto da educação e prática.

O parto é um evento marcante na vida de um(a) mulher/casal, inserido numa determinada cultura e num determinado espaço de tempo, daí que o seu modelo de assistência tenha evoluído, ao longo dos tempos, com objetivo de melhorar a saúde perinatal. (Federação de Asociaciones de Matronas de Espanã (FAME), 2009) A parturiente entra no SBP aquando do início do TP através do serviço de admissão, na maior parte das vezes, ansiosa e nervosa, pelo que a presença de um enfermeiro é de extrema importância logo desde a admissão. Este acolhimento que é iniciado no momento da admissão é de vital para o bom relacionamento

enfermeira/parturiente/casal/família, tal como refere Watson (2002) que é colocado um elevado valor na relação entre o enfermeiro e o indivíduo e que esta relação transpessoal, que depende da “capacidade do enfermeiro compreender e corretamente detetar sentimentos e a condição íntima do outro” (Watson, 2002, p.112). Deste modo, o acolhimento constitui um cuidado de enfermagem que engloba uma vertente relacional forte e tem como finalidade facilitar a adaptação da parturiente/casal/família ao meio hospitalar. Para tal há que conhecer o alvo dos cuidados e aceitá-lo tal como ele é, tendo em conta os seus hábitos, valores e crenças e comunidade onde reside, de modo a diminuir os estímulos contextuais referido pelo modelo de adaptação de Roy, que possam influenciar negativamente a experiência de parto do casal. Neste contexto fiz durante o EC a admissão/acolhimento de quarenta de mulheres e acompanhantes ao Serviço de Bloco de Partos, usando a empatia e um discurso fluente e acolhedor, explicando as regras de funcionamento.

Em relação às posições não supinas e que foram por várias vezes solicitadas, devo referir que senti sempre uma postura facilitadora na sua implementação pela minha orientadora de estágio. A OMS, defende a liberdade de escolha relativamente à posição de parto sendo que a evidência científica refere vários benefícios na adoção de posições alternativas durante o parto, tais como, a lateral, de cócoras, de gatas, reclinada ou sentada. Neste sentido e por ter sido várias vezes solicitadas as posições não supinas no trabalho de parto e parto, foi por mim realizada uma pesquisa bibliográfica sobre esta temática (ver **Apêndice VI – Parto Verticalizado**). Neste âmbito e como apoio da minha orientadora clínica houve abertura para a colocação das parturientes na posição mais confortável para as mesmas, sendo dada a possibilidade de alternância de posições ao longo do primeiro e segundo estágio do trabalho de parto, de modo a integrar a parturiente no seu trabalho de parto e a empoderar a mesma neste fase, neste mesmo sentido foi explicado ao pai onde poderia colaborar, capacitando o pai sobre a massagem a nível lombar e ajudando nos posicionamentos da sua companheira durante o trabalho de parto e parto. Esta vertente humanista e com veracidade, como explica Callista Roy ajuda os pais contribuírem com um ponto de mudança influenciado pelas exigências da situação e dos recursos internos ajudando a uma resposta positiva perante o estímulo focal. A liberdade de movimento é “a melhor forma de usar a força da

gravidade para ajudar o bebé a descer, e a aumentar o tamanho e a forma da pélvis “e permite também “que a mulher responda melhor à dor e poderá acelerar o processo de trabalho de parto” (Shilling e DiFranco, 2003, p. 15). É de salientar que as parturientes referiram agrado pelo facto de lhes ser dada a possibilidade de poderem adotar posições mais confortáveis para si mesmas. Pelo que tive a oportunidade de assistir dois partos no segundo estágio com liberdade de movimentos em pleno.

Foi feita a vigilância de trabalho de parto durante o primeiro estágio a cem mulheres, durante o período de internamento no SBP todas tiveram direito à presença de um acompanhante durante o TP. Dos 50 partos que assisti apenas 20 tinham companheiro (pai do bebé na sala de partos) as restantes parturientes estavam acompanhadas pela mãe, sogra, amigas e duas com doula. Das 32 portuguesas que acompanhei o trabalho de parto e parto 10 eram de etnia cigana, pelo que por questões culturais estavam acompanhadas pela sogra e pela mãe. Durante o trabalho de parto e parto envolvi a mulher/família em todas as tomadas de decisão, dando a oportunidade e a liberdade para participarem em pleno no trabalho de parto. Durante o EC em BP, os acompanhantes foram estimulados a ajudar as parturientes, ou seja, a mudar de posição, usar a bola de Pilates, a deambular, quando estávamos perante situações clínicas em que tal era possível e havia desejo da mulher para que tal acontecesse. Tendo como objetivo diminuir os desconfortos do trabalho de parto, aumentar o controlo da parturiente e por final, constituíram um momento de interação próxima com o seu acompanhante. Foram realizados ensinamentos relativamente as técnicas respiratórias. As parturientes relatavam que o facto de serem orientadas nessas técnicas, as ajudava a concentrar, referindo menor sensação de dor. As parturientes/acompanhantes foram elogiados continuamente dando a reconhecer os esforços da parturiente, bem como do seu acompanhante durante o trabalho de parto, mostrando o quanto a sua presença foi benéfica, usando um tom de voz adequado, de modo a transmitir empatia e respeito, sem violar o direito, valores e crenças de cada família. Também foi tido em conta um ambiente adequado como o controlo do ruído, luz de fraca intensidade e com a possibilidade de ouvir música, deste modo, promovendo a redução de stress, desconcentração e produção de Ocitocina, no sentido de diminuir os estímulos contextuais que podem influenciar negativamente o casal durante o trabalho de



parto de parto. Foi também no segundo estágio do trabalho de parto promover a participação da parturiente e acompanhante, fornecendo a possibilidade de realizar o corte do cordão, tocar o polo cefálico do recém-nascido quando este estava a coroar, realizar CPP no pós-parto, e durante este processo, o casal pode contar com a ajuda, orientação e apoio da equipa de enfermagem, sempre que preciso, para que se sentissem seguros e promovendo a vinculação da mãe, pai e bebé durante o trabalho de parto, informando sobre a importância da vinculação e das suas estratégias para que o casal pudesse decidir autonomamente sobre as estratégias a utilizar durante o 3º e 4º estágio do TP.

Juntamente com as intervenções específicas, que visaram a promoção da participação ativa do acompanhante no trabalho de parto e parto, foi realizada a monitorização do trabalho de parto, a monitorização cardiotocográfica externa e interna, para a deteção precoce dos desvios da normalidade e sua resolução – mantendo a comunicação com a equipa de enfermagem e médica, garantindo um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto. Durante este EC realizei 2 monitorizações internas, as restantes foram externas. Em relação às variedades, tive 10 apresentações posteriores, em que 9 delas terminaram em parto distócico, 8 por ventosa e 1 por fórceps. Por consequência, foi também realizada amniotomia a 26 mulheres, para estimular a progressão do trabalho de parto e por indicação médica.

O SBP disponibiliza a administração da anestesia epidural entre as 8h e as 24h, caso as parturientes reúnam as condições, sejam estas clínicas e de trabalho de parto e caso, o desejem. Após assinarem o consentimento informado o casal (documento no qual consta a informação sobre a colocação do cateter epidural e sua eficácia e contraindicações), foi realizada a colaboração no procedimento a 45 parturientes.

Relativamente, ao 2º estágio do trabalho de parto, a parturiente iniciava esforços expulsivo quando referia a necessidade para tal. Nesse período, eram realizados ensinamentos relativos a direcionar a sua força da forma mais adequada e dando oportunidade de o acompanhante ajudar e interagir com a parturiente. De acordo com a APEO & FAME (2009), no início do período expulsivo é importante reconhecer a parturiente tem vontade de urinar e/ou valorizar a existência de globo vesical, pelo que por vezes foi necessário realizar esvaziamento vesical, pois existia a presença de globo vesical e a parturiente referia não ter vontade de urinar.

No sentido de realizar a proteção do períneo no período em que a apresentação fetal estava a coroar, efetuou-se a tração controlada da cabeça e a manobra de Ritgen modificada. Neste sentido, nos partos que assisti tive uma totalidade de 23 períneos íntegros, 13 lacerações de primeiro grau e 10 lacerações de segundo grau. No total realizei 4 episiotomias e neste sentido, foram desenvolvidas competências específicas na realização da episiotomia utilizando a técnica de incisão médio-lateral, existindo sempre avaliação da necessidade da sua realização, seguindo as orientações da OMS (1996) no que respeita à realização de episiotomia, em que refere que a sua prática indiscriminada tem efeitos negativos na saúde da mulher e deve ser cuidadosamente ponderada. Mais tarde, a FAME (2009) acrescenta ainda que existem um conjunto de premissas ligadas à episiotomia, entre elas, a crença de que este procedimento previne o trauma perineal, no entanto não existem estudos que suportem esta afirmação. Segundo OMS (1996) a episiotomia está indicada no caso de bem-estar fetal em risco, num parto vaginal complicado e/ou mulheres com mutilação dos genitais ou cicatrização de lesões anteriores. Relativamente às técnicas de reparação do períneo, episiorrafia ou sutura de laceração, no percurso de desenvolvimento de competências subjacentes a estas técnicas, fui-me deparando com algumas dificuldades no reconhecimento de tecidos e na reparação do períneo, mas que com a ajuda da enfermeira orientadora consegui colmatar. Durante o período expulsivo foi possível identificar situações de desvio da normalidade como a presença de circular cervical e tronco, dando resposta à situação e solucionando a mesma, realizado a manobra de Sommersault quando se verificava que a circular era larga ou clampagem e corte do cordão umbilical em caso de circular apertada, o que vai ao encontro da OE (2015c) que refere que

a parteira deve pesquisar a existência de circular cervical e decidir a condução clínica a realizar se a detetar. A maioria das circulares pode ser reduzida passando o cordão através da cabeça do bebé. Caso não seja possível, tem de optar entre o clampeamento/corte do cordão e a manobra de Somersault (OE, 2015c, p45).

Outras situações que me deparei ao longo do EC foi as distocias de ombros, para tal realizei uma pesquisa bibliográfica que apresento no **Apêndice VI – Distocia de Ombros**. Das distocias de ombros em que tive oportunidade de assistir, nenhum teve a necessidade de assistência pela equipa médica, por apresentarem resolução rápida, mas a equipa médica foi sempre informada da situação clínica e apresentou-se na sala de partos, caso houvesse necessidade de assistência.

Após a expulsão completa do recém-nascido dos 50 partos, 24 foram colocados imediatamente em CPP com a mãe, 12 tiveram necessidade de serem aspirados, 12 necessidade de ficar na incubadora em aquecimento, mas após uns minutos, foram colocados em CPP com a mãe e 2 foram para o serviço de neonatologia com necessidade de internamento por idades gestacionais de 29 semanas e 31 semanas, respetivamente. Foi realizado o corte do cordão tardiamente, segundo a OMS (1996) a clampagem tardia do cordão umbilical, efetuada 1 a 3 minutos após o nascimento, tem como benefícios o aumento das reservas de ferro do RN, logo menor anemia no lactente, redução da hemorragia intraventricular, menor taxa de enterocolite necrosante, menor taxa de sepsis neonatal e menor necessidade de transfusões sanguíneas. Para informação dos pais e uma melhor decisão, estes foram informados dos benefícios do corte tardio do cordão umbilical, de modo a tomarem uma decisão informada. Foi realizada o corte do cordão tardiamente a 23 dos recém-nascidos, todos eles realizados pelos acompanhantes. Neste sentido também foi realizada a colheita de sangue e cordão umbilical para os casais que se faziam acompanhar dos *kits* de células estaminais.

No 3º estágio do trabalho de parto, corresponde à dequitação, tive oportunidade de acompanhar a dequitação de 70 mulheres. Segundo Graça (2017), ocorre inicialmente o descolamento da placenta da parede uterina e a sua descida até ao segmento inferior e /ou vagina sendo depois expulsa para fora do canal de parto. Pude observar durante o EC os dois mecanismos de descolamento da placenta: Duncan (quando se exterioriza pelo segmento materno) e o de Shultze (que se exterioriza pelo segmento fetal). Também tive oportunidade de observar os sinais de descolamento da placenta através da identificação desses sinais, que de acordo com Lowdermilk & Perry (2008) se verifica pela saída de sangue pelo canal de parto, alongamento do cordão umbilical pela vulva e mudança do útero de uma forma discoide para uma forma ovoide e à medida que a placenta desce para o segmento inferior, um aumento de volume é observado na vagina ou as membranas fetais são observadas no introito vaginal. Imediatamente após a saída da placenta era assegurada a formação do globo de segurança de Pinard e avaliadas as perdas hemáticas, prevenindo hemorragia. Posteriormente observei a placenta, observando a integridade das membranas e cotilédones, do cordão umbilical e sanguíneos (duas artérias e uma veia). For final relativamente ao 3º estágio do TP foram desenvolvidas

competências relativas à administração de medicação útero-tónica (ocitocina) para a prevenção de complicações hemorrágicas no pós-partos, segundo a OMS (1996) utilização de ocitocina durante este estágio é uma prática que carece mais investigação, não existindo até ao momento evidência suficiente para suportar claramente esta recomendação, devendo desta forma ser usada com precaução, mas que no centro hospitalar onde realizei o estágio está protocolado no pós-parto imediato a administração de 5 unidades de ocitocina a todas as mulheres, com exceção para as mulheres que recusem a administração. Após a dequitação foram realizados os cuidados promotores do bem-estar, cuidados ao períneo no pós-parto de modo a minimizar os desconfortos e prevenção de infeção do períneo.

Por último, no 4º estágio do trabalho de parto, houve a possibilidade de prestar cuidados especializados às puérperas e recém-nascidos que foram assistidos nos estádios anteriores. Esses cuidados passaram pela avaliação obstétrica (observação das mamas e mamilos, involução uterina, lóquios, períneo, episiorrafia ou perineorrafia), assim como pela prestação de cuidados ao recém-nascido envolvendo sempre o acompanhante. Realizei as transferências para o serviço de puerpério, procedi à avaliação do bem-estar das puérperas e dos recém-nascidos.

Todos os cuidados foram prestados de modo a monitorizar alterações fisiológicas e a prevenir e identificar complicações pós-parto, tais como, instabilidade hemodinâmica, hemorragia, subinvolução uterina, infeção puerperal e alterações da eliminação vesical e ainda proporcionei cuidados de higiene e conforto às parturientes e recém-nascido e promovi a ingestão de uma refeição ligeira, avaliando a tolerância à mesma. Por final realizei o transporte das puérperas e recém-nascido para o serviço de puerpério, garantindo a segurança de ambos, e assegurei a continuidade de cuidados através dos registos de enfermagem, e da transmissão da informação oral à equipa de enfermagem. No final cada casal foi questionado quanto à satisfação e impressões relacionadas com a experiência de TP. Na maioria, os pais que participaram no trabalho de parto ficaram muito agradecidos pelo atendimento que receberam e felicitaram a equipa de enfermagem pelo esforço e dedicação recebidos. Na Quadro seguinte, verificamos os dados gerais relativos ao EC no SBP:

**Quadro 8** - Dados relativos às experiências realizadas no Estágio com Relatório

<b>Dados</b>	<b>Nº de mulheres</b>
Admissão no serviço de Bloco de Partos	40
Acompanhamento do trabalho de parto	100
1º estágio do trabalho de parto	100
2º estágio do trabalho de parto	50
3º estágio do trabalho de parto	50
4º estágio do trabalho de parto	53
Períneos Íntegros	23
Lacerações de Grau I	13
Lacerações de Grau II	10
Episiotomias	4

### 3.3.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Durante o Ensino Clínico II (EC II) e o Estágio com Relatório que houve oportunidade de desenvolver a presente competência. No EC II existiu a oportunidade de promover a saúde da mulher e RN no período pós-natal através da educação para a saúde à puérpera/casal e também a outros membros da família alargada. A OE (2015c) considera que os cuidados prestados pelo EEESMO devem incluir a capacitação da cliente para posterior tomada de decisão e ação devidamente esclarecida, neste sentido promovi momentos de educação para a saúde de modo a empoderar a parturiente/casal e convivente significativo, sensibilizando-os para a realização do CPP, amamentação e cuidados gerais ao recém-nascido. Tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a 144 puérperas e 117 recém-nascidos. Os ensinamentos prestados a cada puérpera tiveram como objetivo a informação, orientação e apoio sobre o autocuidado, e incidiram sobre o estado geral, sendo sempre focados os cuidados específicos relativos às mamas e períneo, para a prevenção de infeção e medidas de alívio da dor. Foram também prestados cuidados relativos às mamas, prevenção de mastites, bloqueio

de ductos, ingurgitamento mamário e alívio da dor, assim como extração de leite manual e com bomba e realizados ensinamentos relativamente à amamentação, de modo a puérpera e acompanhante reconheçam os sinais de prontidão, pega correta e identificando as dúvidas existentes naquele momento e esclarecendo, algo que foi mais facilitador visto ser a minha área de atuação profissional. Tendo em conta a teórica Callista Roy foram realizadas várias conversas com as puérperas de modo a descobrir se existia alguma situação negativa anterior relativamente à amamentação, de modo a diminuir o estímulo residuais que possam influenciar a amamentação ou os cuidados ao recém-nascido. Neste sentido o acompanhante presente foi integrado nos cuidados de saúde à puérpera e recém-nascido no sentido de ajudar no pós-parto. Foram prestados cuidados à puérpera de modo a identificar situações de não involução uterina e hemorragia pós-parto, realizada a monitorização uterina e vigilâncias de lóquios e realizados os respetivos ensinamentos, conjuntamente com a avaliação dos sinais vitais. Foram ensinadas técnicas de alívio da dor, relacionadas com as mamas e períneo. Por final foram realizados ensinamentos relativos à saúde sexual e planeamento familiar à puérpera e acompanhante e informados sobre os cuidados a ter no pós-parto, assim como informados sobre o Teste de Diagnóstico Precoce e o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação e a sua importância.

Para finalizar, é de referir que tive também oportunidade de realizar o Curso de Promotora em Aleitamento Materno nos dias 28, 29 e 30 de maio e de participar no II Congresso da Criança do Hospital Particular do Algarve que decorreu no dia 8 e 9 de junho, em que foram abordadas várias temáticas sobre a saúde materna.

### **3.4 Desenvolvimento das Competências do 2º Ciclo**

No sentido de desenvolver as competências pretendidas para obter o título de grau de mestre, ao longo dos 4 semestres de estudo, foi realizada um estudo sobre o tema desenvolvido no relatório de estágio através da Revisão Scoping, pesquisas bibliográficas e observação da prática clínica do CPP a nível hospitalar, tendo como objetivo aprofundar e desenvolver as minhas capacidades de investigação, de raciocínio crítico e de argumentação. Neste sentido, desenvolvi capacidades de conhecimento e compreensão, demonstrando possuir um vasto grupo de conhecimentos, sustentados pelos conhecimentos de nível 1º ciclo e desenvolvendo e aprofundando novos conhecimentos, nomeadamente no contexto do estudo realizado sobre o CPP. Desenvolvi a capacidade de aplicar e compreender novos conhecimentos durante o EC com a divulgação do CPP e seus benefícios através da sessão para educação e realização dos panfletos sobre a temática, no sentido de divulgar o CPP nos contextos mais alargados e multidisciplinares. Demonstrei e desenvolvi capacidades de integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, desenvolvendo soluções para as mesmas e evitando emitir juízos em situações de informação limitada ou incompletas assim como respeitando as responsabilidades e decisões éticas e sociais. Por fim, demonstrei capacidade de comunicação, demonstrando uma capacidade de autocrítica e autorreflexão, de modo a demonstrar e desenvolver a minha capacidade de fundamentação e raciocínio, de forma clara e sem ambiguidades.

### **3.5 Considerações Éticas**

Fortin (2009) refere que qualquer investigação efectuada junto a seres humanos levanta questões morais e éticas, neste sentido as preocupações éticas do estudo foram uma constante neste relatório.

Foram respeitados os princípios éticos mencionados no Código Deontológico do Enfermeiro (2015b), que visam o princípio pela beneficência, da não maleficência, autonomia e justiça. Estes princípios pressupõem a “salvaguarda da dignidade de toda e qualquer pessoa em todas as circunstâncias e dimensões” (OE, 2015b, p19)

De modo a respeitar a decisão/escolha dos utentes os cuidados de enfermagem foram prestados segundo o princípio da autonomia, que visa a liberdade de escolha, com a participação voluntária e o consentimento esclarecido dos casais/família envolvida no estudo. O consentimento informado implica “respeito pelas decisões que cada um toma acerca de si, conquanto sejam livres e esclarecidas” (OE, 2015b, p112).

Pelo que foi essencial durante o contacto estabelecido no serviço de Bloco de Partos, o esclarecimento constante sobre o objetivo do estudo e a importância da sua participação. Neste sentido foi garantido a confidencialidade e anonimato, respeitando o princípio da justiça e beneficência.

Ainda a OE (2012c) menciona no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) que os enfermeiros no exercício das suas funções deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. Ao longo do EC identifiquei-me como enfermeira a frequentar a Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia, utilizando o cartão de identificação e solicitei o consentimento para todas as práticas no âmbito da esfera da minha atuação.

Todo o relatório é baseado em evidência científica, como tal validada, deste modo evitando o enviesamento desta problemática.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel paterno tem evoluído ao longo dos anos, passando do papel instrumental para o papel expressivo nos finais do século XX. Com a evolução do seu papel na família, o pai passou a assumir um papel mais ativo no meio familiar e, por consequência, o aumento da sua participação na parentalidade. Deste modo a adaptação para a parentalidade, em particular no pós-parto é considerado um momento importante para a formação do vínculo afetivo paterno e que a evidência científica realça a sua importância para o estabelecimento da relação díade pai-bebé. A formação do vínculo afetivo pode ser promovida com a realização do CPP no pós-parto. Por este motivo o estudo da temática do CPP e formação do vínculo afetivo paterno foi considerado importante.

Embora existam inúmeros estudos e bibliografia relativamente ao CPP, estes referem-se maioritariamente ao CPP materno, neste sentido existem poucos estudos dirigidos ao CPP paterno, o que foi comprovado pela *Revisão Scoping*, pelo baixo número de artigos encontrados, o que salienta a importância da temática. Neste sentido a Revisão Scoping ajudou a mapear os conceitos mais importantes.

Relativamente aos objetivos delineados foram atingidos, mas a aplicação do CPP paterno foi dificultada pela diversidade cultural existente na região onde foi realizado o estágio. Foram igualmente atingidas as competências comuns e específicas com a realização das experiências mínimas exigidas, tendo sempre por base o teórico de enfermagem escolhido e com quem me identifico na minha prática profissional e no contexto específico desta temática.

Por fim é de salientar que foram atingidas as competências exigidas para o 2º ciclo tendo desenvolvido as minhas capacidades de comunicação, compreensão, de raciocínio crítico e de argumentação, assim como a aquisição de novos conhecimentos.

Em suma, deve ser colmatado a lacuna que existe relativamente aos estudos do contacto pele a pele pai-bebé na promoção do vínculo afetivo, com a realização de estudos longitudinais que permitam estudar a vinculação pai-bebé a longo prazo, assim como aumentar a prevalência do mesmo nas unidades hospitalares.

Consideramos que este relatório permitiu aprofundar o conhecimento sobre o tema e despertar o interesse dos profissionais e dos pais envolvidos, e com isto, implementar a prática regular do CPP, contribuindo para a melhoria dos cuidados de

### **Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto**

enfermagem e do bem-estar dos pais, bebés e casal envolvidos no processo de nascimento e desenvolvimento da vinculação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adolfsson, A., Larsson, P., Wijma, B., & Berterö, C. (2015). Guilt and emptiness: womens experiencias of miscarriage. *Health Care for Women International*, p. 543-560.
- American Academy of Pediatrics (AAP). (2010). *About Skin-to-skin Care - HealthyChildren.org*, de American Academy of Pediatrics: Dedicated to the Health of all Children. acedido em 20 de Junho de 2018. Disponivel em <https://www.healthychildren.org/English/agesstages/baby/preemie/Pages/About-Skin-to-Skin-Care.aspx>
- Amorim, M., & Duarte, A. C. (2010). Distócia de Ombros: Proposta de um novo algoritmo para a conduta em partos em posições não supinas.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de Espanã (APEO & FAME). (2009). *Iniciativa parto normal - Documento de consenso*. Loures: Lusodidacta.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO). (2009). *Iniciativa ao Parto Normal*. Loures: Lusodidacta.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (1990). *Triologia do Apego e Perda* (Vol. 1º Edição). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo* (3º Edição ed.). São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Brazelton, T. B. (1992). *Tornar-se família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B. (1995). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa: Editorial Presença.

- Caires, T., & Vargens, O. (2012). A exclusão do pai da sala de parto: discussão de género e poder. *Revista de Enfermagem Referencia*, p. 159-168.
- Canavarro, M. C. (2001). *A psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Cruz, D. C. (2007). Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebé. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Acedido em 23 de Junho de 2017. Disponível [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- Dias, I. (2015). *Sociologia da Família e do Género*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa.
- Er-Mei, C., Meei-Ling, G., Cheih-Yu, L., & Tzu-Ying, L. (2016). Effects of Father-Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial. *Nursing Research and Practice : Hindawi*, p.1-8.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2017). *Regulamento do Mestrado*. (L. ESEL, Ed.) Acedido em 20 de Junho de 2018. Disponível em [https://www.esel.pt/RegulamentodeMestradoEnfeCursosdePósLicenciatura eEspecialização\\_comdespacho.pdf](https://www.esel.pt/RegulamentodeMestradoEnfeCursosdePósLicenciatura eEspecialização_comdespacho.pdf)
- European Midwives Association (EMA). (2005). *Statement of European Midwives Association on Antenatal Care and Adopted at Anunual General Meeting of 2009*. Acedido em 19 de Junho de 2018 .Disponível em [www.europeammidwives.org/positional-papers](http://www.europeammidwives.org/positional-papers)
- Federação de Asociaciones de Matronas de Espanã (FAME). (2009). *Iniciativa Parto Normal*. Barcelona: Lusociência - Edições Técnicas e científicas.
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: alguns fatores e consequências associadas. *Vol. 2*.
- Figueiredo, B. (2005). Bonding Pais-Bebé. In: Leal, Isabel. *Psicologia da gravidez e parentalidade*, p. 287-314.

- Figueiredo, B. (2008). Partner relationships during the Transition to Parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol. 26,p. 99-107.
- Figueiredo, B., Costa, R., Marques, A., & Pais, A. P. (2005a). Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*,p.121-131.
- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (Vol. 3ª Edição). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franco, S., Calafatinho, D., Abade, L., & Oliveira, M. O. (S.d.). *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 20 de Maio de 2017. Disponível em [www.ordemdosenfermeiros.com](http://www.ordemdosenfermeiros.com)
- Gimeno, A. (2001). *A família: o desafio da diversidade*. Lisboa: Sociedade Industrial Grafica.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Lisboa: Soc. Industrial Gráfica.
- Goode, W. J. (1969). *Revolução mundial e padrões de família*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Gorzilio, D. (2013). *Desenvolvimento neurocomportamental em neonatos pré-termo hospitalizados relacionado com indicadores de estresse e dor*. Ribeirão Preto: Tese de Mestrado.
- Graça, L. C., Figueiredo, M. d., & Carreira, M. T. (2011). Contributos da Intervenção de Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a Transição para a Maternidade. p. 27-35.
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno Fetal* (5ª edição ed.). Lisboa: LIDEL - edições técnicas, lda.
- Guideney, N., & Guideney, A. (2004). *Vinculação, conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gupta, J., Hofmeyr, G., & Smyth, R. (2008). Position in the second stage of labour for women without epidural anesthesia. *The Cocchrane Collaboration*,p. 8.

Helson, H. (1964). *Adaptation- Level Theory*. New York: Harper & Row.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2013). Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Algarve. Acedido em 18 de Julho de 2018. Disponível em [www.INE.pt](http://www.INE.pt).

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2018). *Instituto Nacional de Estatística*. Acedido em 2 de março de 2018. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE)

International Confederation of Midwives (ICM). (2018). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. Acedido em 10 de Novembro de 2018. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/>.

Jesus, N. C., Vieira, B. D., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Souza, R. d., & Paiva, E. D. (2015). The experience of the Kangaroo Method: The perception of the Father. *Journal of Nursing*, Volume 85, p. 42-48.

Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers Manual: 2015 Edition/Supplement*. Australia: The Joanna Briggs Institute.

Jonge, A., & Lagro-Jansenn. (2004). Birthing positions: a qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, p.47-55.

Kitzinger, S. (2003). Sheila Kitzinger's letter from Europe: the clock, the bed, the chair, the pool. *Blackwell Publishing*, p.54-56.

Klaus, M., & Kennel, J. (1993). *Pais/Bebê - A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lamaze, I. (2009). *Práticas de Nascimento Saudáveis*. Acedido em 2 de Maio de 2018, Disponível em <http://www.lamaze.org/HealthyBirthPractices>

Lopes, S., & Fernandes, P. (2005). O papel parental como foco de atenção para a prática de enfermagem. *Revista Sinais Vitais* nº 63, p. 36-42.

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade (7ªed)*. Loures: Lusodidacta.

- Ludington-Hoe, S. (2010). State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high - tech environment. *Nursing Mother's Association of Australia*, p. 22-28.
- Maldonado, M. T. (1996). *Psicologia na gravidez - Parto e Puerpério*. Petrópolis: Vozes Editora.
- Marinho, S. (2011). *Paternidades de hoje: Significados, práticas e negociações da parentalidade na conjugalidade e na residência alternada : Tese de Doutoramento*. Lisboa: Universidade de Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Marques, J. B., & Reynolds, A. (2011). Distócia de Ombros: uma emergência obstétrica. *Acta Médica do Porto*, p. 613 -619.
- Marques, P., Carvalho, J., Sousa, P., Borges, E., & Cruz, S. (2006). *Rumo ao Conhecimento em Enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João.
- Mendes, J. M. (2006). As práticas profissionais e os Modelos de Enfermagem. *Servir volume 45*, p. 17-19.
- Morgan, D. (1996). *Family Connections*. Cambridge: Polity Press.
- Morgan, L. H. (1997). *Systems of Consanguinity and Affinity in the Human Family*. Nebraska: University of Nebraska Press.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (OE & APEO). (2012). *"Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada"*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2006). CIPE versão 1 - Classificação internacional para a prática de enfermagem. Em I. C. NURSES. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). *Regulamento das Competencias Especificas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Acedido em 23 de Junho de 2017, de Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regula>

mentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica\_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. 2011. Acedido em 2017 de Junho de 21, Disponível em [/www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012a). *Documento de Consenso: Pelo direito ao Parto Normal - uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012b). *Mesa do Colégio da especialidade Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria 2012/2015*. Acedido em 21 de Junho de 2017, de Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Recomendaca\\_2\\_2012\\_MCEESMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Recomendaca_2_2012_MCEESMO.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2012c). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Tadinense :Artes Gráficas;

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013). Realizar precocemente o contato pele a pele, entre a mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno. Acedido a: 20 de abril de 2018. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_PeleaPeleAmamentacao\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PeleaPeleAmamentacao_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)

Ordem dos Enfermeiros(OE) (2015a). *CIPE versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015b). *Código Deontológico*. Acedido em 13 de Julho de 2017, Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>



- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015c). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2016). *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia*. Acedido em 21 de Junho de 2018. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer15-2016\\_MCEESMO\\_ResponsabilidadeCursosPreparacaoPartoParentalidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer15-2016_MCEESMO_ResponsabilidadeCursosPreparacaoPartoParentalidade.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996). *Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: OMS.
- Organização Mundial da Saúde (1998). *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: WHO. Acedido a: 19 de Maio de 2018. Disponível em: [http://www.who.int/nutrition/publications/evidence\\_ten\\_step\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_eng.pdf)
- Palacios, J. (2005). *Franco y Juan Carlos : Del Franquismo a la Monarquia*. Sevilha: Flor del Viento.
- Parsons, T. (1968). *Family, Socialization and Interaction Process*. Nova Iorque: The Free Press.
- Parsons, T., & Bales, R. (1968). *Family, Socialization and Interaction Process*. London: Routledge & Kegan Paul.
- PorData. (2018). *PorDATA*. Acedido em 8 de março de 2018, Disponível em <https://www.pordata.pt/>
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P., & Lourenço, M. C. (2001). *Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade. Perspectiva sistémica*. in CANAVARRO, Maria Cristina - *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Riehl, J., & Roy, C. (1980). *Conceptual Models for Nursing Practice* (2ª Edição). Nova York: Appleton-Crofts.
- Roper, N. (1995). *Modelo de Enfermagem* (3ª Edição). Alfragide: McGraw-Hill.

- Roy, C. (1981). *The Roy Adaptation Model*. In Riehl, J. P.; Roy, C. *Conceptual Models of Nursing Practice*. Norwalk: Appleton: Century Crofts.
- Roy, C., & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem : O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Stória Editores, Lda.
- Sampaio, R., & Mancini, M. (2007). Estudos de Revisão Sistemática: um guia para a síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, Vol. 11, p. 83-89.
- Santos, A. (2011). *A importância do contacto precoce pele-a-pele entre mãe e bebé*. Acedido em 2 de Abril de 2018. Disponível em <http://www.chualgarve.min-saude.pt/?contato+pele+a+pele>
- Schumacher, K., & Meleis, A. (2010). 1.3: Transitions: A Central Concept in Nursing. in MELEIS Afaf - Transitions theory: Mid Range Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publisher Company.
- Shilling, T., & DiFranco, J. (2003). Freedom of movement throughout labour. *Journal of Perinatal Education*, p.1-15.
- Shilling, T., & DiFranco, J. (2003a). *Prácticas de Atención y Cuidados que Promueven el Parto Natural- Libertad de Movimiento a lo Largo del Trabajo de Parto*. EUA: Lamaze Institute for a Normal Birth.
- Sistema Nacional de Saúde (SNS). (2017). *Centro Hospitalar do Algarve*. Acedido em 22 de Junho de 2017. Disponível em <http://www.chalgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- Sousa, S. (2004). *Estilos de Comunicação pais-bebé*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Trad, L. B. (2010). *Família Contemporânea e Saúde: Significados, Práticas e Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- United Nations Childrens Fund (UNICEF). (2010). *The Baby Friendly Initiative*. Acedido em 20 de Abril de 2018. Disponível em <http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/News-and-Research/Research/Skin-to-skin-contact/>

- United Nations Childrens Fund (UNICEF) (2011). How to implement Baby Friendly Standarts - A guide for Maternity Settings Acedido em 20 de abril de 2018 Disponível em: [http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby\\_Friendly/Guidance/Implementation%20Guidance/Implementation\\_guidance\\_maternity\\_web.pdf](http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Guidance/Implementation%20Guidance/Implementation_guidance_maternity_web.pdf);
- Villalón, H., Toro, R., Riesco, I., Pinto, M., & Silva, C. (2014). Participación paterna en la experiencia del parto. *Revista Chilena de Pediatría*, p. 554-559.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science or Caring*. Colorado: University Press of Colorado.
- World Health Organization & United Nations Childrens Fund (Who & UNICEF). (2009). *Baby-Friendly Hospital initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 1 - Background and implementation, World Health Organization*.
- World Health Organization (WHO). (1996). *Care in normal Birth: practical guide*. Departement of reproductive Health and Research, World Health Organization

**Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto**

**ANEXOS**

**Anexo I – JBI Appraisal Checklist**

## JBI Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/Case Control

### Study 1– Fear of Fatherhood

**Reviewer:** Prof.<sup>a</sup> Maria Anabela Ferreira dos Santos, Discente Marta Margalhos

**Author:** Wendy Sponsler, Christopher Watherspoon, Deborah Weatherspoon, Dorothy Campbell

**Record Number**

**Date:** 13/7/2018

**Year:**2015

	Yes	No	Unclear
1. Is the source of the opinion clearly identified?	x		
2. Does the source of the opinion have standing in the field of expertise?	x		
3. Are the interest of the patients/clientes the central focus of the opinion?	x		
4. Is the opinion's basis in logic/experience clearly argued?	x		
5. Is the argument developed analytical?	x		
6. Is there reference to the extant literature/evidence and any incongruence with it logically defended?	x		
7. Is the opinion supported by peers?	x		

**Overall appraisal:** Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

**Comments (including reasons for Exclusion):**\_\_\_\_\_

## **JBI Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/Case Control**

### **Study 2 – Reducing Stress in Infants**

**Reviewer:** Prof.<sup>a</sup> Maria Anabela Ferreira dos Santos, Discente Marta Margalhos

**Author:** Meredith Rush

**Record Number**

**Date:** 13/7/2018

**Year:** 2016

	<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>
1. Is the source of the opinion clearly identified?	<b>x</b>		
2. Does the source of the opinion have standing in the field of expertise?	<b>x</b>		
3. Are the interest of the patients/clientes the central focus of the opinion?	<b>x</b>		
4. Is the opinion's basis in logic/experience clearly argued?	<b>x</b>		
5. Is the argument developed analytical?	<b>x</b>		
6. Is there reference to the extant literature/evidence and any incongruence with it logically defended?	<b>x</b>		
7. Is the opinion supported by peers?	<b>x</b>		

**Overall appraisal:** Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

**Comments (including reasons for exclusion):**\_\_\_\_\_



## **JBI QARI Critical Appraisal Checklist for interpretive & Critical Research**

**Study 3** – The Experience of the Kangaroo Method: the perception of the father

**Reviewer:** Prof.<sup>a</sup> Maria Anabela  
Ferreira dos Santos, Discente Marta  
Margalhos

Pereira Rodrigues, Rosangela de  
Mattos Pereira de souza, Eny Dórea  
Paiva

**Record Number**

**Date:** 13/7/2018

**Year:** 2015

**Author:** Natália Carvalho de  
Jesus, Bianca Dargam Gomes  
Vieira, Valdecyr Herdy Alves, Diego

	<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>
1. Is there a congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<b>x</b>		
2. Is there a congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<b>x</b>		
3. Is there a congruity between the research methodology and the methods used to collect the data?	<b>x</b>		
4. Is there a congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<b>x</b>		
5. Is there a congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<b>x</b>		
6. Is there a statement locating the research culturally or theoretically?	<b>x</b>		
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice versa addressed?		<b>x</b>	
8. Are participants and their voices adequately represented?	<b>x</b>		
9. Is the research ethical according to current criteria or for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<b>x</b>		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis or interpretation of the data?			<b>x</b>

**Overall appraisal:** Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

**Comments (including reasons for exclusion):** \_\_\_\_\_

## **JBI Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/Case Control**

### **Study 4 – Participación paterna en la experiencia del parto**

**Reviewer:** Prof.<sup>a</sup> Maria Anabela  
Ferreira dos Santos, Discente Marta  
Margalhos

**Author:** Hernán Villalón, Rosario  
Toro, Isidora, Riesco, Mauricio  
Pinto, Cristián

**Record Number**

**Date:** 13/7/2018

**Year:** 2013

	Yes	No	Unclear
1. Is Sample representative of patients in the population as a whole?	x		
2. Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	x		
3. Has bias been minimized in relation to selection of cases and of controls?	x		
4. Are confounding factors identified and strategies to deal with them started?	x		
5. Are outcomes assessed using objective criteria?	x		
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?		x	
7. Were the outcomes of people who withdrew described are include in the analysis?		x	
8. Were outcomes measured in a reliable way?	x		
9. Was appropriate statistical analysis used?	x		

**Overall appraisal:** Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

**Comments (including reasons for exclusion):** \_\_\_\_\_

## **JBI Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/Case Control**

### **Study 5 – Paternal Skin-to skin Care and its Effect on Cortisol Levels of the Infants**

**Reviewer:** Prof.<sup>a</sup> Maria Anabela  
Ferreira dos Santos, Discente Marta  
Margalhos

**Author:** Kayvan Mirnia, Mohammad  
Arshadi Bostanabad, Maliheh  
Asadollahi, Mir Hamid Razzaghi

**Record Number**

**Date:** 13/7/2018

**Year:** 2016

	<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>
1. Is Sample representative of patients in the population as a whole?			<b>x</b>
2. Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	<b>x</b>		
3. Has bias been minimized in relation to selection of cases and of controls?	<b>x</b>		
4. Are confounding factors identified and strategies to deal with them started?	<b>x</b>		
5. Are outcomes assessed using objective criteria?	<b>x</b>		
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?		<b>x</b>	
7. Were the outcomes of people who withdrew described are include in the analysis?			<b>x</b>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<b>x</b>		
9. Was appropriate statistical analysis used?	<b>x</b>		

**Overall appraisal:** Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

**Comments (including reasons for exclusion):**\_\_\_\_\_

## **JBI Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/Case Control**

**Study 6** – Effects of Father- Neonate skin-to-skin Contact n Attachment: A  
Randomized controlled Trial

**Reviewer:** Prof.<sup>a</sup> Maria Anabela  
Ferreira dos Santos, Discente Marta  
Margalhos

**Author:** er-Mei Chen, Meei-Ling  
Gau, Chieh-yu Liu, Tzu-Ying Lee

**Record Number**

**Date:** 13/7/2018

**Year:** 2016

	Yes	No	Unclear
1. Is Sample representative of patients in the population as a whole?			x
2. Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	x		
3. Has bias been minimized in relation to selection of cases and of controls?	x		
4. Are confounding factors identified and strategies to deal with them started?	x		
5. Are outcomes assessed using objective criteria?	x		
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?	x		
7. Were the outcomes of people who withdrew described are include in the analysis?		X	
8. Were outcomes measured in a reliable way?	x		
9. Was appropriate statistical analysis used?	x		

**Overall appraisal:** Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

**Comments (including reasons for exclusion):**\_\_\_\_\_

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – Objetivos e Competências a Desenvolver e  
Quadro com síntese das competências mínimas atingidas no  
Estágio com Relatório**

**Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto**

<b>Objetivos do Projeto</b>	<b>Tarefas a realizar</b>	<b>Competência a desenvolver</b>
Refletir sobre a implicação e promoção do contacto pele a pele pai-bebé no vínculo afetivo.	Realização de entrevistas aos pais (min 40)  Analisar a informação obtida das entrevistas;	Analisar e Desenvolver Competências Técnicas, Científicas e Humanas na Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados ao casal/recém-nascido Saudável
Implementar o contacto pele-a-pele pai-bebé no pós-parto para a promoção do vínculo afetivo	Realizar contacto pele-a-pele pai-bebé no pós-parto.  Promover o vínculo afetivo entre pai-bebé, providenciando um ambiente acolhedor;	Adquirir e Desenvolver Competências Técnicas, Científicas e Humanas na Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados ao Casal /Recém-nascido Saudável.
Divulgar os benefícios do CPP no pós-parto.	Realização de sessão de educação para a parentalidade sobre o CPP;  Realização de um panfleto informativo sobre o CPP;  Análise/Avaliação da sessão de educação para a parentalidade;	Adquirir e Desenvolver Competências Técnicas, Científicas e Humanas que me Permitam Informar, apoiar e Capacitar o Casal a Tomar uma Decisão Informada Quanto à Realização do Contacto Pele-a-pele

**Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto**

<b>Objetivos EESMO</b>	<b>Tarefas a realizar</b>	<b>Competências EEESMO</b>
Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações promovendo o bem-estar materno-fetal	Realização de exames pré-natais (min. 100);  Vigilância à mulher grávida em situação de risco;	Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;  Diagnosticar precocemente a prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;  Providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação durante o período de pré-natal e em situação de abortamento;
Cuidar a mulher e recém-nascido inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	Vigilância à mulher/casal durante os 4 estádios do trabalho de parto (min 40);  Vigilância e cuidados ao recém-nascido que necessita de cuidados;  Prestação de cuidados ao recém-nascido saudável	Promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;  Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para saúde da mulher e do recém-nascido;



**Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto**

	(min. 100);	Providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e /ou trabalho de parto;
Cuidar a mulher/casal e recém-nascido inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	<p>Vigilância e cuidados à puérpera/casal no período pós-natal (min. 100);</p> <p>Prestação de cuidados ao recém-nascido no período pós-natal;</p> <p>Vigilância e promoção de cuidados à mulher/casal no âmbito da saúde sexual;</p>	<p>Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal;</p> <p>Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal;</p> <p>Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal;</p>

**Quadro com síntese das competências mínimas atingidas no Estágio com Relatório**

<b>Atividades</b>	<b>Número realizado</b>
<b>Aconselhamento à família e promoção da saúde</b>	<b>7</b>
<b>Vigilância e prestação de cuidados à grávida:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Exames pré-natais (min. 100)</li></ul>	<b>117</b>
<b>Vigilância e prestação de cuidados à parturiente:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Partos eutócicos (min 40);</li><li>• Participação ativa em partos pélvicos;</li><li>• Participação ativa em partos gemelares;</li><li>• Participação ativa noutros partos;</li><li>• Episiotomia;</li><li>• Episiorrafia e perineorrafia;</li></ul>	<b>50</b> <b>0</b> <b>0</b> <b>10</b> <b>4</b> <b>27</b>
<b>Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gravidez (min. 40);</li><li>• Trabalho de parto;</li><li>• Puerpério;</li></ul>	<b>48</b> <b>100</b> <b>144</b>
<b>Vigilância e cuidados às puérperas saudáveis (min. 100)</b>	<b>144</b>
<b>Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis (min. 100)</b>	<b>117</b>
<b>Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais</b>	<b>14</b>
<b>Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia</b>	<b>63</b>

**Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto**

ginecológica;	
---------------	--

Atividades	Número realizado
<b>Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual:</b>	<b>0</b>
• Colocação de DIU	<b>1</b>
• Colocação de implantes	<b>58</b>
• Observação ginecológica e colpocitologia	

**APÊNDICE II – Sessão de Educação para a Parentalidade**

**Figura 1 - Slide 1**



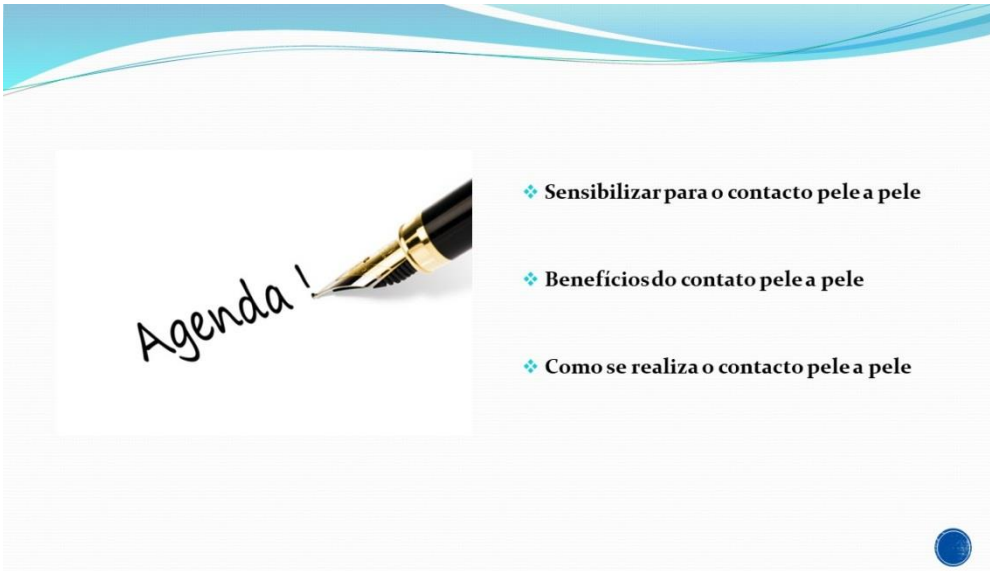
**Estágio com Relatório**

**Contacto Pele a Pele  
no Pós-Parto:  
Promoção do Vínculo Afetivo**

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

Discente: Marta Margalhos  
Professora Orientadora:  
Profa Maria Anabela Ferreira dos Santos

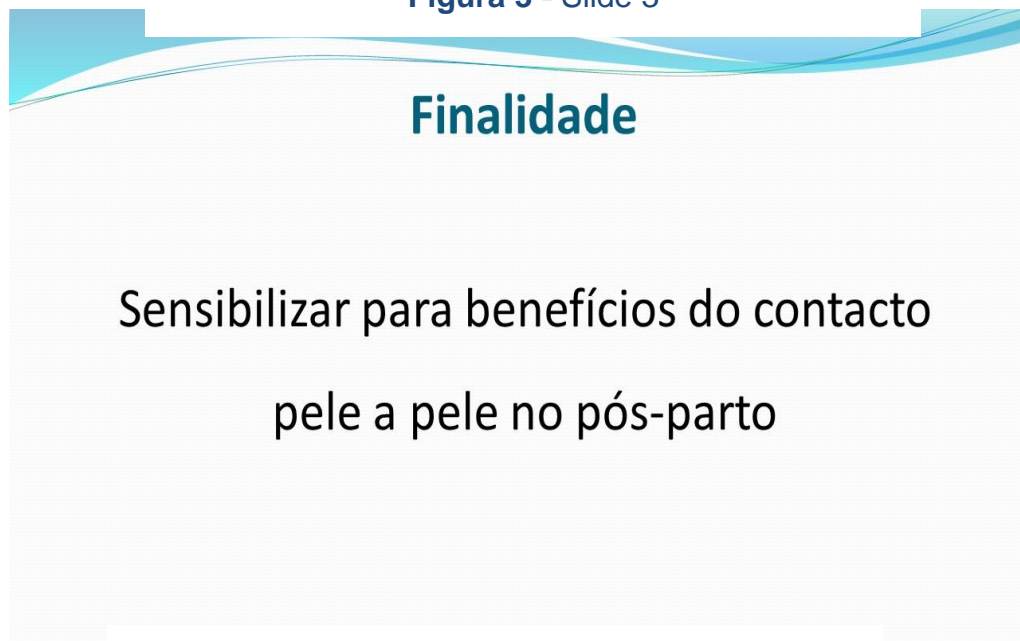
**Figura 2 - Slide 2**



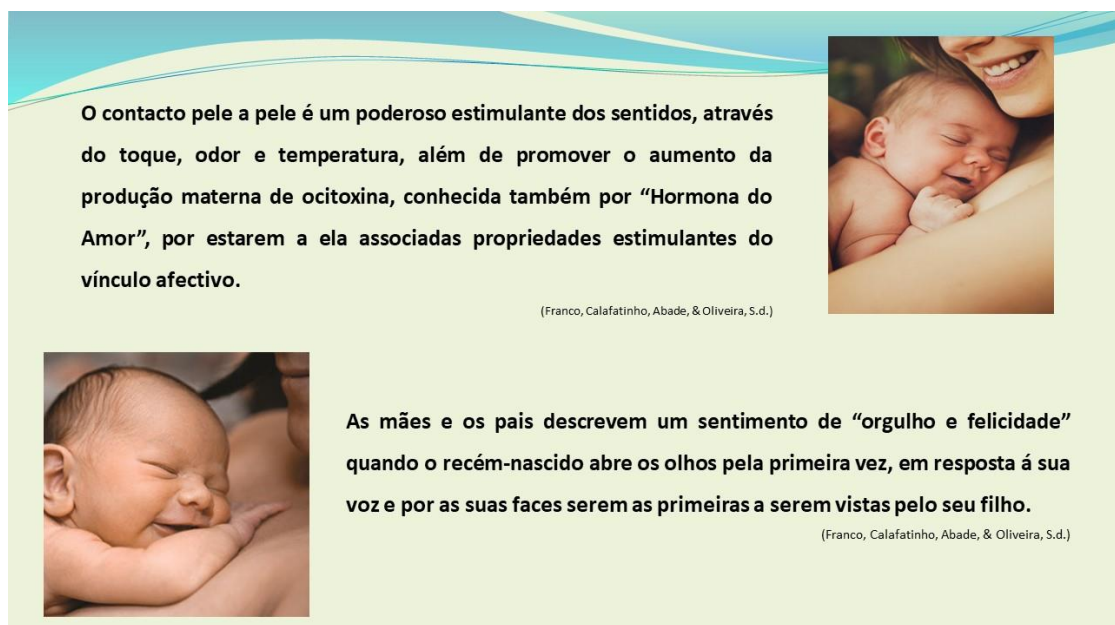
**Agenda!**

- ❖ Sensibilizar para o contacto pele a pele
- ❖ Benefícios do contato pele a pele
- ❖ Como se realiza o contacto pele a pele

**Figura 3 - Slide 3**



**Figura 4 - Slide 4**

A slide with a light green background and a blue header. The text is in a black font. There are two photographs: one of a baby sleeping on a mother's chest and another of a baby smiling. The text is arranged in two columns, with the first column on the left and the second column on the right. The text in the first column is: "O contacto pele a pele é um poderoso estimulante dos sentidos, através do toque, odor e temperatura, além de promover o aumento da produção materna de ocitoxina, conhecida também por "Hormona do Amor", por estarem a ela associadas propriedades estimulantes do vínculo afectivo." The text in the second column is: "As mães e os pais descrevem um sentimento de "orgulho e felicidade" quando o recém-nascido abre os olhos pela primeira vez, em resposta á sua voz e por as suas faces serem as primeiras a serem vistas pelo seu filho." Both columns have a citation at the bottom: "(Franco, Calafatinho, Abade, & Oliveira, S.d.)".

**O contacto pele a pele é um poderoso estimulante dos sentidos, através do toque, odor e temperatura, além de promover o aumento da produção materna de ocitoxina, conhecida também por "Hormona do Amor", por estarem a ela associadas propriedades estimulantes do vínculo afectivo.**

(Franco, Calafatinho, Abade, & Oliveira, S.d.)


**As mães e os pais descrevem um sentimento de "orgulho e felicidade" quando o recém-nascido abre os olhos pela primeira vez, em resposta á sua voz e por as suas faces serem as primeiras a serem vistas pelo seu filho.**

(Franco, Calafatinho, Abade, & Oliveira, S.d.)


**Figura 5 - Slide 5**

**Este primeiro contacto após o parto é caracterizado por um momento favorável à vinculação, cuja experiência é “significativa e estimulante” e que os pais jamais esquecerão no futuro.**

(KLAUS & KENNEL, 1993)




**Figura 6 - Slide 6**



**A vinculação foi classificada pelo Internacional Council of Nurses (ICN) como um foco de atenção da prática de enfermagem pertencente ao foco do papel parental, por consistir numa resposta humana a um processo de vida que visa o envolvimento afetivo pais/filhos, promovendo uma base sólida para a sobrevivência e desenvolvimento saudável da criança.**

(NéNé, Marques, & Batista, 2016)



**Figura 7 - Slide 7**

A prestação dos cuidados imediatos ao recém-nascido não deve interferir no primeiro contacto dos pais com o bebé e estes devem ser inseridos nesses mesmos cuidados com a finalidade de favorecer o seu envolvimento com o filho, capacitando-os das suas competências parentais.

As intervenções dos profissionais de saúde em relação aos cuidados imediatos prestados ao recém-nascido influenciam a aproximação precoce entre os pais e o recém-nascido

(Cruz, 2007)

**Figura 8 - Slide 8**

## Benefícios do Contacto Pele a Pele

- ❖ Promove aumento do vínculo afectivo;
- ❖ Ajuda na produção de leite materno, através da libertação da “Hormona do Amor” (Ocitoxina);
- ❖ Ajuda na termorregulação do bebé;
- ❖ Estabiliza a frequência cardíaca e respiratória;





**Figura 9 - Slide 9**

## Benefícios do Contacto Pele a Pele



- ❖ Favorece a adaptação do recém-nascido ao meio ambiente não estéril;
- ❖ Coloniza a pele do bebé com a flora bacteriana materna e paterna ajudando a prevenir infeções;
- ❖ Alivia as cólicas do bebé;
- ❖ Fortalece a confiança e diminui a ansiedade;
- ❖ Um poderoso estímulo sensorial, táctil e olfactivo para o bebé;

**Figura 10 - Slide 10**

## Como se realiza o contacto pele a pele?

- ❖ Este procedimento consiste na colocação do recém-nascido despido ou só com fralda sobre o tórax materno/paterno e com o mesmo coberto com um cobertor aquecido imediatamente após o nascimento.
- ❖ Deve ser estabelecido em todos os nascimentos saudáveis e imediatamente após os mesmos, de forma contínua e prolongada, pois é nos momentos iniciais após o nascimento que se estabelece gradualmente a ligação afetiva.

**Figura 11 - Slide 11**

The slide features a blue textured background on the left with the text 'Referências bibliográficas' in white. The right side has a white background with a blue wavy header. It lists four references in black text.

Referências bibliográficas

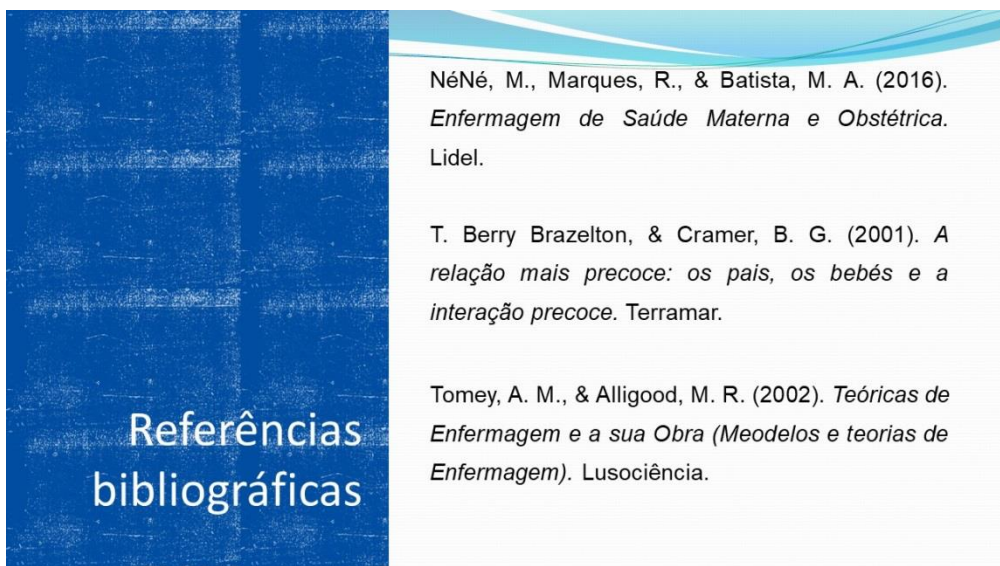
Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Livpsic.

Franco, S., Calafatinho, D., Abade, L., & Oliveira, M. O. (S.d.). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido em 20 de Maio de 2017, de [www.ordemdosenfermeiros.com](http://www.ordemdosenfermeiros.com)

Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno Fetal - 4ª edição*. Lisboa: Lidel.

KLAUS, M., & KENNEL, J. (1993). *PAIs/Bebê - A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

**Figura 12 - Slide 12**

The slide features a blue textured background on the left with the text 'Referências bibliográficas' in white. The right side has a white background with a blue wavy header. It lists three references in black text.

Referências bibliográficas

NéNé, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.

T. Berry Brazelton, & Cramer, B. G. (2001). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Terramar.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Meodelos e teorias de Enfermagem)*. Lusociência.

### **APÊNDICE III - Plano de Formação**

**Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto**

Plano de Formação	
Designação da Formação	Contacto Pele a Pele Pai-Bebé
Destinatários	Grávidas e companheiros
Carga Horária	60 minutos
Finalidade	Sensibilizar os pais para o contacto pele a pele
Objetivos Específicos	Definir o conceito do contacto pele a pele; Definir e explicar os benefícios/vantagens do contacto pele a pele; Esclarecer para o procedimento do contacto pele a pele; Demonstrar o procedimento do contacto pele a pele; Solicitar a partilha de experiências; Esclarecer dúvidas; Pedir o consentimento informado para a realização da entrevista;
Modalidade	Formação Inicial
Forma de Organização da Formação	Presencial
Metodologia	Apresentação em PowerPoint Método expositivo e demonstrativo; Visualização de filme;
Instalações:	Sala de Formação (2º Piso)
Recursos Pedagógicos	Intranet Hospitalar Projetor Audiovisual Modelo Recém-nascido
Avaliação	Realização de Questionários Orais Participação dos pais

**APÊNDICE IV – Panfleto Contacto Pele-a-Pele**

**“O CONTACTO PELE A PELE É UM PODEROSO ESTIMULANTE DOS  
SENTIDOS, ATRAVÉS DO TOQUE, ODOR E TEMPERATURA”**

(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2015)

# Contacto Pele a Pele

**“Este primeiro contacto após o parto é caracterizado  
por um momento favorável à vinculação, cuja  
experiência é significativa e estimulante e que os  
pais jamais esquecerão no futuro.”** (KLAUS & KENNEL, 1993)

**“O filho (...) deve, logo após o nascer ser de novo  
acolhido pelo corpo, pelo olhar, pelo cheiro e até em  
muitos casos pelo gosto do peito.”** (Biscaia, 2002:73)



### **Condições para a realização do contacto pele a pele**

- ♦ Mãe tem que estar estável no pós-parto;
- ♦ Quando a mãe não pode realizar contacto pele a pele, o pai realiza o contacto pele a pele

### **BENEFÍCIOS DO CONTACTO PELE A PELE**

- \* Promove aumento do vínculo afetivo;
- \* Ajuda na produção de leite materno, através da libertação da “Hormona do Amor” (Ocitoxina);
- \* Ajuda na termorregulação do bebé;
- \* Estabiliza a frequência cardíaca e respiratória;
- \* Coloniza a pele do bebé com a flora bacteriana materna e paterna ajudando a prevenir infeções;
- \* Alivia as cólicas do bebé;
- \* Fortalece a confiança e diminui a ansiedade;
- \* Um poderoso estímulo sensorial, tátil e olfativo para o bebé.

### **Como se realiza o contato pele a pele?**

- ♦ Este procedimento consiste na colocação do recém-nascido despido ou só com fralda sobre o tórax materno/paterno e com o mesmo coberto com um cobertor aquecido após o nascimento. O máximo de tempo possível;
- ♦ Deve ser estabelecido em todos os nascimentos saudáveis e imediatamente após os mesmos, de forma contínua e prolongada, pois é nos momentos iniciais após o nascimento que se estabelece gradualmente a ligação afetiva.

**APÊNDICE V - Descrição e Avaliação da Sessão de Formação**



## **Descrição e Avaliação da Sessão de Formação**

Este relatório resulta da análise da formação realizada na sala de formação do Centro Hospitalar onde realizei o ensino clínico, no dia 26 de março de 2018, às 14 horas com o título de Contacto Pele a Pele no Pós-Parto, teve como finalidade sensibilizar os pais para o contacto pele a pele no pós-parto e como objetivos específicos: definir o conceito do contacto pele a pele, definir e explicar os benefícios/vantagens do contacto pele a pele, esclarecer para o procedimento do contacto pele a pele, demonstrar o procedimento do contacto pele a pele, solicitar a partilha de experiências, esclarecer dúvidas e por final pedir o consentimento informado para a realização da entrevista. A sessão de formação teve uma carga horária de 45 minutos e a metodologia utilizada foi uma apresentação em PowerPoint, o método expositivo e demonstrativo e por final a visualização de um filme, realizado por mim, para sensibilizar os pais para esta temática e para os seus benefícios. Os recursos pedagógicos usados foram o projetor audiovisual e o modelo recém-nascido. O grupo de formandos era constituído, maioritariamente, pelo sexo feminino (5 mulheres e 1 homem), residentes na área residência do centro hospitalar onde decorreu a sessão. A sessão de formação era constituída por 12 slides, sendo que o primeiro slide continha o título do tema e duas imagens sugestivas do que iria ser abordado, de modo a apelar aos formandos, durante este slide a Enfermeira Chefe do Bloco de Partos, realizou a apresentação de formadora (a discente Marta Margalhos) e da EESMO (a Orientadora do Estágio com Relatório) aos formandos da sessão, tendo de seguida se iniciado a sessão. O segundo e terceiro slide apresentavam a finalidade e objetivos da formação. Nestes 5 minutos foi realizada uma breve introdução aos objetivos do projeto e da sessão, abordando o tema do contacto pele a pele e a sua finalidade, tentando entender a perceção dos formandos sobre o conceito de contacto pele a pele. Em seguida (do slide 4 ao 6), foi abordado o conceito do contacto pele a pele, interligando o conceito com a teórica de enfermagem Callista Roy de modo a esclarecer e estimular os formandos para a realização do contacto pele a pele no pós-parto. Nos slides 7 e 8 foram abordadas as vantagens/benefícios do contacto pele a pele usando uma linguagem concisa e assertiva, por vezes necessitando de adaptar a linguagem aos formandos de modo a estimular a sua participação e ao mesmo tempo esclarecendo as dúvidas que iam surgindo durante a formação. Foram distribuídos em 2 slides de modo a

### **Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto**

equilibrar a informação fornecida e a exposição da teórica. Ao fim de 25 minutos foi demonstrado, usando o modelo do recém-nascido, como se realiza o contacto pele a pele no parto eutócico e parto distócico e foram esclarecidas as dúvidas existentes. Por fim foi visualizado um vídeo, realizado pela formanda Marta Margalhos, de modo a sensibilizar os pais para os benefícios do contacto pele a pele. Em seguida foi iniciado um breve debate sobre o contacto pele a pele e esclarecidas as restantes dúvidas existentes e entregue um panfleto sobre o contacto pele a pele e os seus benefícios.

A avaliação da sessão foi realizada numa conversa informal, onde ia questionando os formandos sobre a pertinência desta formação tendo ainda no final da mesma sido pedido o consentimento oral para a realização das entrevistas via telefone.

A percepção geral da formação pelos formandos foi de satisfação, referiram estar mais aptos, confiantes e desportos para a realização o contacto pele a pele. Mencionaram que a formação estava bem estruturada e adequada, sendo bastante relevante para a sua prática na sala de partos. Sendo que a opinião geral foi que a sessão de formação estava bem estruturada na duração, quantidade e a nível científico e que a temática abordada correspondia ao interesse dos formandos Na questão do tempo referiram que a duração da sessão foi bem elaborada e pouco “cansativa” (sic). Em relação às competências de comunicação e didáticas os formandos mencionaram ser muito positiva e mostraram-se satisfeitos. No geral os formandos referiram que a formação permitiu a aquisição de novas competências significativas e que permitiu desenvolver um novo interesse a temática, antes menos valorizada pelos formandos. Na questão do tempo, referiram que a duração da sessão foi bem elaborada e pouco “cansativa” (sic). Salientaram a satisfação aumentada pelo vídeo que foi projetado no final da sessão. Referiram ainda como grande expectativa para realização do contacto pele a pele no pós-parto.

Em suma a formação foi bem organizada, com uma duração, estrutura e conteúdos adequados e pertinente para os formandos, que referiram que as expectativas foram superadas. A linguagem utilizada foi adequada aos formandos, sendo clara e assertiva com adaptação do discurso aos destinatários havendo a capacidade de esclarecer dúvidas quando solicitada. Penso que a articulação entre os conteúdos foi conseguida de forma clara, concisa e rigorosa com aprofundamento do tema proposto.

### **Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto**

Ao longo da formação foi sempre referido o contacto pele a pele não só pela mãe, assim como também pelo pai, direccionando a temática para o contacto pele a pele para o pai de modo a incentivar a realização do mesmo pelos pais. As formações realizadas são muito direccionadas para a mãe e tentei demonstrar que pode ser realizado no pós-parto a nível hospitalar e domiciliário pelo pai.

## **APÊNDICE VI – Parto Verticalizado**

## **Parto verticalizado – Pesquisa Bibliográfica**

O EEESMO é um profissional de saúde dotado de um conjunto de competências especializadas que o autorizam a assumir, no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos normais no ciclo reprodutivo da mulher. De acordo com o regulamento das competências específicas do EEESMO, o enfermeiro especialista trabalha em parceira com a mulher/família, procurando promover os projetos de saúde que ela vive e persegue (Diário da República, 2ª série- N.º 35, Regulamento, n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro). Conforme expresso pela International Confederation of Midwives a função exercida pelo EEESMO no cuidado à mulher em idade reprodutiva durante a gravidez, parto e puerpério abrange conceitos-chave, como: “ o respeito pela dignidade humana e pelas mulheres enquanto pessoas com plenos direitos humanos; a defesa das mulheres para que as suas vozes sejam ouvidas e as suas escolhas de cuidados de saúde sejam respeitadas; (...) A defesa do trabalho de parto e nascimento fisiológico normal para alcançar melhores resultados para as mães e bebés” (ICM, 2013, p.2). Estas competências fundamentais para a prática segura dos cuidados especializados encontram o seu enquadramento legal nos seguintes documentos: o “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia” divulgadas pelo Colégio da Especialidade em 2010 e publicadas no Diário da República n.º 35, 2.ª série, de 18 de Fevereiro de 2011, o “Essential Competencies for Basic Midwifery Practice” descritas e publicadas pela ICM em 2002 e a Lei n.º 9/2009 de 4 de Março que transpõe a Diretiva 2005/36/CE4 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 07 de Setembro para a legislação portuguesa. Com esta lei, o governo português faz o reconhecimento legal das qualificações profissionais do enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia, destacando o exercício autónomo do enfermeiro especialista no que concerne à vigilância e assistência pré-natal. A utilização de posições verticais, para o período expulsivo, era comum até ao século 17. Com a introdução de instrumentos como a ventosa e os diversos tipos de fórceps, a posição supina foi amplamente divulgada por conveniência dos profissionais de saúde – acesso fácil à região perineal da mulher. (Jonge & Lagro-Jansenn, 2004)

Atualmente os partos acontecem com a mulher em posições supinas, sob justificação de que este tipo de posições permite uma monitorização fetal mais eficaz e um nascimento mais “seguro”. Os autores acrescentam que a conduta dos técnicos de saúde tende a descuidar o conforto da mulher, podendo até ser vista como abusiva, despersonalizada e humilhante – condicionando a satisfação da mulher com o seu parto. (Gupta, Hofmeyr, & Smyth, 2008) Relativamente à posição dos técnicos de saúde, RODEIA (1995: 115), refere que: *“por vezes, comportamentos que questionam a capacidade da mulher ser mãe, humilham-na e causam-lhe trauma [...] facto que desencadeia pensamentos negativos, insegurança, aumento da ansiedade, do medo e da dor...”*. A mesma autora refere que *“o pouco cuidado que alguns técnicos evidenciam na formulação de afirmações, a rotinização do trabalho, e a não valorização das preocupações expressas pela mulher, evidenciam um desrespeito pela sua individualidade...”*. Muitas das intervenções dirigidas à parturiente, e que são aceites como “normais” e “necessárias”, pertencem ao ambiente *convencional* do parto nas sociedades industrializadas; são medidas insidiosas e sem as quais os profissionais se sentem desenquadrados e inseguros – uma dessas medidas é o uso da cama para o parto e a posição de litotomia. (Kitzinger, 2003)

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no seu Guia Prático de Assistência ao Parto Normal (1996), refere que as posições verticalizadas apresentam maiores vantagens do que uma posição dorsal. As posições verticais são associadas a menos desconforto e dificuldade para realizar esforços expulsivos; o nível de dor é menor e a incidência de traumatismos no períneo (por episiotomia) é reduzida. Ao assumir uma postura verticalizada a mulher favorece a dinâmica uterina (a frequência e intensidade das contrações uterinas aumentam), na medida em que a secreção endógena de ocitocina é maior pela estimulação acrescida do colo uterino – efeito Ferguson-Harris. Estas posições são também favorecedoras do bem-estar fetal – menor frequência de padrões anormais dos registos cardíacos do feto e melhores resultados no índice de Apgar. A FAME (2009) acrescenta mesmo que ocorre uma melhoria significativa da estática fetal, pela maior mobilidade e acomodação do feto à bacia e musculatura maternas.

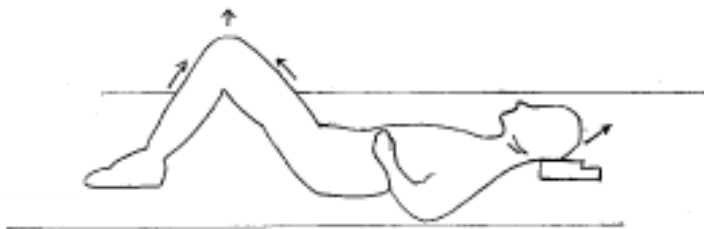
As posições para o parto podem ser classificadas em: horizontais e verticais.

São consideradas posições horizontais:

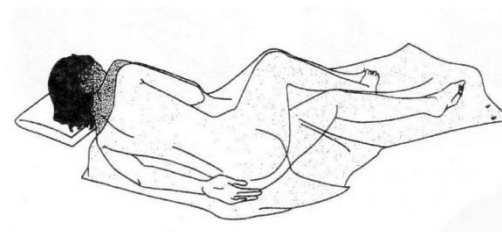
**Litotomia:**



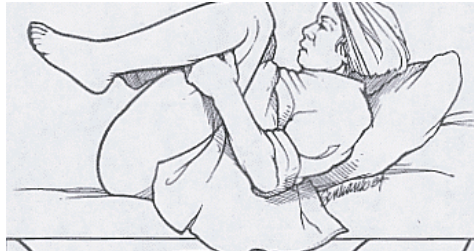
**Supina ( < 45° na elevação da cabeça):**



**SIMS:**



**McRoberts:**



**São consideradas posições verticais:**

**Acocorada:**



**Ajoelhada/ “de gatas” (a elevação da cabeça é variável):**





**“De Pé”/ apoiada em algo (pêndulo):**



**Sentada ( > 60° na elevação da cabeça):**



GUPTA, HOFMEYR e SMYTH (2009), sugerem que esta classificação se baseie na interpretação de uma linha imaginária, que atravessa o centro da 3ª, 4ª e 5ª vertebrae lombares – se a linha descrever uma tendência horizontal, a posição será considerada horizontal e vice-versa. As posições verticais apresentam vantagens significativas (para a mulher e recém-nascido), comparativamente com as horizontais, em que a posição para parir deve ser escolhida pela mulher. Cabe ao EEESMOG respeitar o direito da mulher em tomar as decisões relativas ao seu parto, de uma forma ponderada e informada – ICM (2005). A FAME (2009) refere que é pertinente que se mostre às mulheres, durante a gestação, figuras alusivas às diferentes posições assim como as vantagens e inconvenientes de cada uma delas.

### **Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto**

BOBAK, JENSEN e LOWDERMILK (1999) do ponto de vista fisiológico, dividem o parto em quatro fases, cada uma, com duração e mecanismos específicos; a segunda fase (ou segundo estágio do trabalho de parto), denominada de *fase expulsiva* inicia-se com o apagamento e dilatação completa do colo uterino até à expulsão fetal.

Para CHALK (2004) a orientação dos profissionais para os esforços expulsivos se baseiam no encorajamento para a mulher seguir o seu instinto sem nenhuma instrução específica, ou uma conduta rígida com indicações firmes e sequenciais e ainda acrescenta, que o encorajamento da mulher, na escolha da posição para parir, varia entre a liberdade total – adoção de qualquer posição.

**APÊNDICE VIII – Distocia de Ombros**

A vivência que me fez refletir aconteceu no dia 22 de março de 2018 no turno da noite durante a assistência a um parto. A utente M. C. de 40 anos deu entrada na sala de partos às 2h27min com contrações. Tinha índice obstétrico de 4014, Gesta 6 Para 4 e referia antecedentes pessoais de apendicectomia e obstétricos de 4 partos eutócicos (respetivamente, primeiro em 2009 com 3300gr e último em 2013 com 3900gr) e uma IVG em 2013 sem curetagem. Apresentava análises completas e negativas (Imune à Rubéola, restantes serologias negativas), pesquisa de Streptococcus B negativo e protocolo de epidural completo e atualizado. Referia não querer epidural. Negava alergias. Cerca das 3h30min foi realizada cervicometria apresentando 6cm de dilatação com colo 80% apagamento e bolsa de águas íntegra, com apresentação cefálica ao nível de Lee -2, foi registado no partograma. Às 6h15min apresentava dilatação de 10cm, com apresentação do polo cefálico ao nível de Lee de -3 e referia “vontade de fazer força”. (sic). Às 6h30 inicia esforços expulsivos com expulsão do polo cefálico às 6h45, após a expulsão do polo cefálico houve uma retração do mesmo. Com a ajuda da Enfermeira Carla Duarte e sob a sua orientação foi realizada a Manobra de MacRoberts e Rubin I e após foi realizada a extração do ombro posterior, em seguida do ombro anterior e por último do corpo do feto.

Naquele momento apesar de aparentar estar calma, vivi um turbilhão de emoções, como atuar naquela situação e como agir de forma eficaz e assertiva. Para Cusins (1999) a aprendizagem por incidente crítico é uma técnica de aprendizagem a partir de um incidente em que as coisas correram mal. É de salientar que, todas as nossas ações têm implicações nos cuidados prestados no presente e no futuro.

Noronha e Noronha (2002) referem que todo o conflito é um estado de espírito que se baseia essencialmente na perceção existente nas partes envolvidas de que um determinado alvo ou estímulo lhes provoca resposta antagónicas.

O nosso pensamento crítico tem que aprender a gerir emoções e sentimentos, de modo a não interferir na nossa avaliação da situação do utente e saber dar a melhor resposta à situação vivida, pelo que, todo o momento de ansiedade e stress constitui um momento de aprendizagem para a minha prática profissional, o saber gerir emoções, saber abordar a situação crítica de forma eficaz e assertiva é importante para a minha prática futura.

A distocia de ombros é uma das emergências obstétricas mais temidas devido às complicações maternas e neonatais que se lhe associam. (Marques & Reynolds, 2011) . Durante a minha prática profissional vou deparar-me com situações de stress, ansiedade, falta de resposta verbal e não-verbal e cabe a mim saber gerir estas situações da melhor forma, sabendo elaborar um plano na prática englobando sempre os conhecimentos teórico-práticos. Qualquer ato de enfermagem engloba princípios subjacentes à nossa prática de modo a promover uma reflexão mais ativa, orientada por enfermeiros dotados de conhecimentos e conceitos teórico-científicos. Para mim um Enfermeiro deve ser uma pessoa dotada de conhecimentos adquiridos na prática, formação teórico-científica, com formação e competências em inteligência emocional e com competências relacionais. A distocia de ombros ocorre quando o ombro anterior ou menos frequente, o ombro posterior do feto se impactam na sínfise púbica ou no promontório sacral materno. A distocia de ombros manifesta-se classicamente pelo sinal de tartaruga que se caracteriza pela retração da cabeça fetal sobre o períneo materno, em direção à pelve logo após a sua exteriorização na altura do nascimento. (Marques & Reynolds, 2011) Sendo que este sinal, se caracteriza pela ausência da rotação interna do diâmetro biacromial. Segundo Amorim e Duarte (2010) é considerada distocia de ombros quando há necessidade de manobras adicionais para o desprendimento dos ombros ou quando o intervalo entre a saída de cabeça e a saída do corpo é maior do que 60 segundos. Tem como fatores de risco: a gravidez de termo, alta paridade, obesidade materna (IMC >30), macrossomia fetal (peso > 4000gr), diabetes e diabetes gestacional, trabalho de parto prolongado (primeiro e segundo estágio) e parto cirúrgico. Fraser & Cooper (2010) refere que as complicações associadas à distocia de ombros é a hemorragia pós-parto, rutura uterina, asfixia neonatal, paralisia de Erb e a morte intrauterina. Amorim & Duarte (2010) dividem as complicações da distocia de ombros na seguinte Quadro (Quadro 1):

**Quadro 9 - Complicações da Distócia de Ombros**

<b>Complicações Maternas</b>	<b>Complicações Fetais</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Hemorragia Pós-Parto</li><li>▪ Fistula Retrovaginal</li><li>▪ Diátese da sínfise (neuropatia femoral)</li><li>▪ Lacerações ou episiotomias de 3º e 4º graus</li><li>▪ Rutura uterina</li><li>▪ Endometrite</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Paralisia do plexo braquial</li><li>▪ Fratura da Clavícula</li><li>▪ Morte fetal</li><li>▪ Asfixia perinatal (dano neurológico permanente)</li><li>▪ Fratura do Úmero</li><li>▪ Morte neonatal</li></ul>

Por ser uma emergência obstétrica imprevisível e com várias manobras possíveis para sua resolução, diversos algoritmos têm sido propostos para o tratamento da distocia de ombro, sendo um dos mais frequentemente utilizadas, a mnemónica proposta pelo Advanced Life Support of Obstetrics (ALSO) sob o acrónimo HELPERR (em inglês) e que foi traduzido para o português como ALEERTA. (Amorim & Duarte, 2010)

**Quadro 10 - Mnemónica ALEERTA**

<b>Mnemónica</b>	<b>Resolução da DO em até 7min</b>
<b>A (Ajuda)</b>	Solicitar ajuda, avisar a utente, chamar obstetra, o anestesista, o pediatra, controlar o tempo (30-60segundos para cada passo)
<b>L (Levantar as pernas)</b>	Posição de MacRoberts (Hiperflexão das coxas)
<b>E (Externa)</b>	Pressão supra-púbica externa (Manobras Rubin I)
<b>E (Episiotomia)</b>	Ampla
<b>R (Retirar Braço Posterior)</b>	Desprender o ombro posterior
<b>T (Toque)</b>	Manobras internas <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Manobra de Rubin II</li><li>▪ Manobra de Wood</li><li>▪ Manobra do parafuso invertido</li></ul>

<b>A (Alterar posição da parturiente)</b>	Alterar a posição (quatro apoios)
---	-----------------------------------

O tratamento consiste na instituição de manobras efetivas para a liberação do ombro anterior. Várias manobras são descritas para esse fim, mas não há (e, provavelmente não haverá) ensaios clínicos randomizados comparando uma técnica com a outra. Todas as manobras indicadas têm por objetivo aumentar a pelve funcional, reduzir o diâmetro biacromial e melhorar a relação entre a pelve e o biacromial, facilitando o desprendimento do feto dentro de sete minutos do diagnóstico, para prevenir asfixia e traumatismos. (Amorim & Duarte, 2010) Frasser & Cooper (2010) dividem o tratamento da distocia de ombros, em dois tipos de procedimentos, os procedimentos não invasivos e procedimentos manipuladores, que passam a ser descritos no quadro 3.

**Quadro 11 - Procedimentos na distocia de ombros**

<b>Procedimentos não Invasivos</b>	<b>Procedimentos Invasivos ou manipulação direta do feto</b>
<b>Mudança de posição materna</b>	<b>Manobra de Wood</b> – Uma mão é inserida na vagina e uma pressão é exercida sobre o ombro fetal posterior e a rotação é obtida.
<b>Manobra de McRoberts</b> - Implica ajuda a mulher a se posicionar horizontalmente e trazer seus joelhos para o seu tórax tanto quando possível para rotar o angulo da sínfise púbica superiormente e usar o peso das suas pernas para criar delicada pressão sobre o seu abdómen, libertando o ombro anterior.	<b>Manobra de Wood inversa</b> – Dedos no dorso do ombro aplicam pressão para rodar na direção oposta.
<b>Manobras de Rubin I</b> - Consiste na pressão supra púbica exercida sobre o lado do dorso fetal e na direção do tórax fetal para abduzir os ombros e empurrar o ombro anterior para se afastar da	<b>Desprendimento do braço posterior</b> – uma mão é inserida na vagina e dois dedos imobilizam o úmero do braço posterior, flexionam o cotovelo e varrem o antebraço sobre o tórax para soltar

**Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto**

sínfise. Pode ser usada em conjunto com a manobra de McRoberts	mão. (Manobra de Lovset)
	<b>Manobra de Zavanelli</b> – exige a inversão dos mecanismos do parto até aqui.